

## ПАТОПСИХОЛОГІЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ: КЛІНІЧНІ ТА ДИДАКТИЧНІ ПАРАДИГМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

**Подано феноменологічні, клініко-патофизиологічні та дидактичні основи вчення про тривожні розлади алкогольного генезу. Клініку таких розладів розглянуто в аспекті ідентифікації тривоги як донозологічної особливості, рубрифікації патологічної тривоги у структурі синдрому відміни алкоголю. Зіставлено феномени тривожних розладів у наркології з патологічним потягом до алкоголю як ключовою патогномонічною ознакою стану залежності. Визначено специфіку анкіозних проявів на етапі гострої алкогольної інтоксикації, тривожних розладів при запійних станах, алкогольних психозах, ознак тривоги в ремісійному періоді. Наведено валідні основи класичного тестового визначення рівня тривожності (за шкалою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна).**

*Ключові слова:* алкогольна залежність, патофизиологія, тривога, преморбідна особистість, синдром відміни алкоголю, патологічний потяг до алкоголю, запійні стани, алкогольний делірій, ремісійний період.

Серед численних афективних розладів, характерних для клініки алкогольної залежності (АЗ), тривожні (анкіозні) розлади (ТР) («алкогольна тривога» за міжнародною термінологією) займають значне місце. Як свідчать наукові публікації і повсякденні клінічні спостереження, ТР трапляються на усіх етапах і стадіях формування патологічної залежності від алкоголю, а також у структурі практично всіх основних клінічних ситуацій у практиці лікаря-нарколога. ТР є стабільною клінічною складовою алкогольного абстинентного синдрому (ААС), патологічного потягу до алкоголю (ППА), клініки гострої алкогольної інтоксикації, запоїв, ремісій, гострих і хронічних алкогольних психозів. Сучасна наркологія та психіатрія розглядають алкогольну тривогу як патогномонічний розлад у рамках алкогольної нозологічної проблематики [1–3].

Останніми десятиліттями спостерігається виражений клінічний патоморфоз алкогольної афективної патології у бік збільшення частоти атипичних, латентних, важко диференційованих випадків та ускладнення симптоматики з тенденцією до рецидивування.

Тривога, що є первинною емоцією з її афективними, фізіологічними і когнітивними компонентами, вважається адекватною реакцією на реально небезпечну ситуацію або її очікування як у здорових осіб, так і алкогользалежних пацієнтів. Характерною особливістю тривоги при АЗ є те, що в кризових ситуаціях, які загрожують здоров'ю або благополуччю індивіда, вона як мобілізуюча емоція відступає на другий план. Навпаки, у позанебезпечних для життя епізодах

вона може виникати автономно, пароксизмально, без суттєвих причин або подій [4, 5].

Серед загальної популяції від 1 до 16 % людей страждають на ТР, соціальна фобія трапляється у 10–16 % випадків, генералізований ТР — у 2,5–15 %, панічний розлад — у 0,2–3,5 %, агорафобія — у 2,5–5,8 %. Поширеність тривожних станів серед жінок у 1,5–2 рази частіша, ніж серед чоловіків. ТР становлять близько 10 % усіх первинних випадків захворювань, які спостерігаються в умовах загальної практики, а поширеність тривожно-депресивних розладів у хворих психіатричного стаціонару досягає 40–82 %. Поширеність анкіозних станів у загальносоматичній мережі також досить висока: у кардіологічних хворих — 20,0 %, у пульмонологічних — 17,5 %, в онкологічних — 100 % випадків. У 60 % спостережень тривожна симптоматика коморбідна з іншими афективними розладами, причому це поєднання характеризується гіршим прогнозом за відсутності належної терапії порівняно з окремими випадками будь-якого із захворювань. У 15–40 % пацієнтів відзначається хронізація тривожних станів на рівні легкого, стертого, маскованого ступенів із порушенням соціального функціонування та зниженням якості життя, у цьому разі говорять про несприятливий перебіг захворювання з великим ризиком скоєння суїцидальної спроби [2–5].

Однак, за даними світової літератури, 64 % хворих із ТР протягом життя не потрапляють у поле зору медичних психологів, психіатрів, наркологів та не отримують адекватної медичної допомоги, а у 94 % пацієнтів із патологічною тривогою відзначено тривалий період — «марафон»

допсихіатричного спостереження та терапії у лікарів різних спеціальностей [3].

ТР є одними з афективних розладів, які найчастіше трапляються при АЗ — від 11 до 100 % випадків. Частота анкіозних розладів у гострому періоді ААС сягає 96 %, при алкогольних психозах — 100 %, на етапі формування внутрішньолікарняної ремісії — 40 %. У ремісійному періоді алкогольна тривога спостерігається у 4 % пацієнтів, причому вона набуває затяжного, фармакорезистентного перебігу і нерідко сприяє рецидиву [6].

Опису ТР у психіатрії присвячено численні літературні джерела. Разом із тим у сучасній наркології клінічні та дидактичні аспекти ТР при АЗ практично не вивчалися.

**Феноменологічні основи вчення про тривожні розлади.** Тривога є одним з особистісних станів, ситуаційних реакцій і психопатологічних феноменів, які часто трапляються в медичній практиці.

На початку ХХ ст. тривога розглядалася як другорядний симптом депресії, їй не надавали великого значення. Зазвичай лікарі описували лише виражену ажитацію, а також суб'єктивне відчуття невизначеної загрози. Ряд соматовегетативних розладів, тривожне заціпеніння та інші прояви тривоги або не помічали, або відносили до типових симптомів депресії. У світовій літературі є детальні клінічні описання ТР лікарями-інтерністами, проте самі автори розцінювали ці стани як розлади інших систем організму, найчастіше серцево-судинної, а для їх ідентифікації використовували такі терміни, як «солдатське серце», «нейроциркуляторна неврастенія», «гіпервентиляційний синдром» [7, 8].

Точкою відліку початку цілеспрямованого психіатричного вивчення тривоги можна вважати виділення засновником психоаналізу Зигмундом Фрейдом «неврозу тривоги». У своїй роботі «The Problem of Anxiety» він інтерпретував тривогу як сигнал небезпеки, що виходить або ззовні, або зі сфери підсвідомого та є непрямим проявом сексуальних або агресивних імпульсів. Як показує інтегральний аналіз джерел літератури минулого століття, проблема тривоги привертала увагу видатних психіатрів Ч. Спілбергера, Р. Кеттелла, Е. Левітта, Р. Лазаруса, Д. Аверілла, Х. Айзенка, К. Ізарда, Р. Мальмо, Д. Тейлора. Дослідження психології та психофізіології тривоги характеризувалися значною (часом досить суперечливою) різноманітністю підходів і методологічних позицій авторів [4, 6, 7].

Сучасний етап у вивченні та лікуванні ТР починається у 1960-х рр., коли було показано, що новий антигістамінний препарат «Іміпрамін» (родоначалник групи трициклічних антидепресантів) виявився ефективним при лікуванні хворих

з епізодами гострої тривоги. Це дало змогу виділити хворих із тривожними станами, які були досить гетерогенними в демографічному, психопатологічному і клінічному плані та характеризувалися як хронічною тривожністю, так і епізодами гострої тривоги, фобіями з поведінкою уникнення, розладами настрою та іпохондричними переживаннями [7].

За сучасною МКХ-10 ТР належать до розділу F40–F49 «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади». Діагностичні групи виділено з урахуванням переважаючої симптоматики [9]: F40 «Тривожно-фобічні розлади», F41 «Інші тривожні розлади», F42 «Обсесивно-компульсивні розлади», F43 «Реакції на стресові події і розлади адаптації».

Тривожно-фобічні розлади поділяються на: агорафобію (F40.0), соціальні фобії (F40.1) і специфічні (ізолювані) фобії (F40.2). Група інших ТР складається з панічних розладів (епізодична пароксизмальна тривога) (F41.0), генералізованого ТР (F41.1), змішаного тривожно-депресивного розладу (F41.2). Крім того, у тих випадках, коли стан пацієнта задовольняє загальним критеріям органічних розладів (G1–G4) і характеризується основними ознаками генералізованого тривожного, фобічного або панічного розладу, ставиться діагноз органічний ТР (F06.4).

Під тривожно-фобічними розладами (F40) розуміють групу, в якій тривога і/або фобія спричинені переважно зовнішніми по відношенню до пацієнта об'єктами або ситуаціями, що не являють у цей час актуальної небезпеки або будь-якої загрози для його життя і благополуччя. При цьому часто навіть одне уявлення про такі ситуації викликає у пацієнта тривогу, ступінь вираженості якої може бути різним: від відчуття легкого дискомфорту до переживань жаху.

Агорафобія (F40.0) — це напади страху, який охоплює пацієнта в будь-якому громадському місці, особливо без супроводжуючих осіб, і мають різноманітну досить виражену вегетативну симптоматику.

Соціальні фобії (F40.1) характеризуються почуттям страху, що виникає в умовах, коли пацієнт може опинитися у центрі уваги оточуючих, супроводжуються вегетативними і депресивними симптомами, у тому числі заниженою самооцінкою.

Специфічні (ізолювані) фобії (F40.2) обмежуються чітко визначеними ситуаціями, зокрема перебуванням поруч із твариною певного виду, на висоті, у темряві, у закритих просторах. Страх фобічних об'єктів може бути мінімальним, проте у страшних ситуаціях у пацієнта розвивається більш виражена тривога, що супроводжується вегетативною симптоматикою.

До інших ТР (F41) належать панічний розлад (F41.0), під яким розуміють повторні напади вираженої тривоги (паніки), сильного страху або дискомфорту, вони не обмежуються конкретною ситуацією, а виникають непередбачено і поєднуються з вегетативними симптомами (серцебиттям, гіпергідрозом, тремтінням, запамороченням, задишкою або задухою, болем у грудях, страхом смерті).

Генералізований ТР (F41.1) являє собою хворобливий стан із хронічним хвилеподібним перебігом, який характеризується відчуттям тривоги, не пов'язаною з конкретними обставинами життя.

Змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2) — це хворобливий стан, що спостерігається у пацієнта протягом понад шість місяців і включає як симптоми тривоги, так і депресії, але ні ті, ні інші чітко не домінують у клінічній картині [2, 9, 10].

Останнім часом інтерес до вивчення феномену тривоги значно зріс. У світовій літературі з'явилися повідомлення про нові підходи до систематики і типізації ТР, широко подано сучасні дані про патогенез тривоги, які вивчаються за допомогою однофотонно-емісійної комп'ютерної томографії з уведенням радіоактивних індикаторів, магніто-резонансної спектрографії, позитронно-емісійної томографії з провокацією симптомів тривоги, на фармацевтичному ринку створено та впроваджено у практику велику кількість нових препаратів з ансіолітичною дією, видаються спеціалізовані журнали — *Journal of Anxiety Disorders*, *Anxiety*. У системі DSM-IV у рубриці «Розлади, пов'язані з вживанням алкоголю» в окремий шифр виділено «Тривожний розлад, викликаний алкоголем» (291,8).

Тривогу визначають як емоційний стан або реакцію, що характеризується специфічним внутрішнім хвилюванням, неспокоєм, напругою, які супроводжуються передчуттям і боязливим очікуванням біди, що насувається, песимістичними побоюваннями, зверненими у майбутнє. Інші автори формулюють тривогу як «переживання внутрішнього неспокою, очікування неприємності, біди, катастрофи» та «невизначене відчуття загрози в очікуванні негативного розвитку подій» [1, 3]. Ці визначення характеризують лише психічний компонент тривоги, але її реакції включають і ряд нервових, гуморальних та соматичних проявів (так, реакції тривоги характеризуються фізіологічними порушеннями, які готують організм до швидкої відповіді на небезпеку, виявляються збільшенням частоти дихання і серцебиття, хвилинного об'єму циркуляції крові, підвищенням артеріального тиску, гіпергідрозом, гіперемією або блідістю шкірних покривів, зростанням загальної збудливості, зниженням порогів чутливості) [3, 11].

У структурі тривоги можна ідентифікувати три основних компоненти:

1) суб'єктивні переживання, зумовлені тривожною симптоматикою, або симптом тривоги у власному розумінні;

2) поведінка уникання, або фобічний компонент;

3) вегетативні дисфункції.

Поєднання цих складових має різний характер, що зрештою зумовлює різноманіття клінічних проявів тривожних станів. При цьому їх діапазон варіює від легких, транзиторних невротичних порушень (граничний рівень розладів) до панічних реакцій, атак і виражених психотичних епізодів та пролонгованих станів.

Тривога, що виникає як відповідь на невизначену або загрозливу ситуацію, а також на дефіцит інформації, є нормальною пристосувальною реакцією, яка мобілізує організм на випадок виникнення реальної загрози або складної ситуації. Вона може бути фізіологічною і патологічною. Тривога фізіологічної інтенсивності має ініціально-творчу спрямованість, бо вона активує й концентрує психічні й фізіологічні процеси для оптимальних рішень та дій. Певний рівень тривожності — природна і обов'язкова особливість активної діяльності особистості. У кожної людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності — це так звана «корисна тривожність». У нормі вона супроводжує зростання, зміни або переживання людиною чогось нового і невідомого, а також пошуку своєї особистісної ролі та значущості у житті.

Надмірно інтенсивна, непомірна, неадекватна, не обумовлена зовнішніми факторами тривога має, як правило, деструктивний характер, паралізує правильні ситуаційні поведінкові акти. Це патологічна тривога, яка є неадекватною відповіддю і відрізняється інтенсивністю, тривалістю, автономією (тобто вона перебігає сама по собі) і супроводжується функціональними порушеннями, які часто виявляються у вигляді змін поведінки з високим ризиком суїцидальних дій [2, 3, 5, 12].

Суб'єктивні переживання тривоги проглядаються у неспокійних думках, боязливості, пацієнти «дивляться» у майбутнє з побоюванням, не очікують для себе нічого доброго. У кожному прояві соматичних порушень іпохондрично вбачається ознака майбутньої серйозної хвороби. Усе, що хворий не вживав би, має для нього «закінчитися погано», він чекає подій, які повинні «виправдати його болісні страхи і побоювання». Тривога посилюється лише при думці про необхідність прийняти певне рішення, приступити до справи.

Ряд авторів при описанні клінічної картини тривоги відзначають наявність її візуальних ознак. У стані тривоги пацієнти бувають неспокійні

й непосидючі, вони ніяк не знаходять для себе зручну позу, а почавши якусь справу, не можуть зосередитися, пальці їх рук перебувають у постійному метушливому русі. Хворим буває важко контролювати свої дії, самі того не помічаючи, вони кусають нігті, відривають задирки, розчісують у себе нерівності на шкірі, вимовляють голосно свої думки або випадкові слова, а схаменувшись, намагаються «зам'яти» незручність свого вчинку. Вираз їх обличчя незадоволений, напружений, міміка страждальна із закушуванням губ. Самі хворі часто не можуть описати свій стан і при першому контакті з лікарем рідко позначають його словом «тривога». Частіше вони підкреслюють характерні для цього стану порушення активної уваги та рухове занепокоєння [4].

Безпредметна тривога легко переростає у страх, спрямований на реальний об'єкт. Найменше неблагополуччя в родині перетворює тривогу на страх за життя і здоров'я дітей. Незначні негаразди на роботі або нікчемні виробничі конфлікти сприяють появі страху за свій престиж. Страх за своє здоров'я призводить до розвитку безпідставного побоювання захворіти тяжкою хворобою або перебільшення тяжкості наявного захворювання. Фобічний компонент тривоги супроводжується «вегетативною бурєю»: похолодінням кінцівок, різким серцебиттям, відчуттям задухи, тремором рук, розширенням зіниць, блідістю і рясним холодним потом. Ці вегетативні розлади, виступаючи на перший план у картині анкіозних розладів, створюють спотворене уявлення у самого хворого й оточуючих про справжню нервово-психічну природу захворювання. Пацієнту нерідко ставлять помилкові діагнози серцево-судинного захворювання, гіпоглікемії, інтоксикації психоактивними речовинами.

Вегетативні дисфункції як невід'ємна складова тривоги практично усі дослідники відносять до патогномонічних.

Однією зі складових тривоги є порушення сну, яке виявляється трудностями засинання, неглибоким сном, безсонням. Однак повної відсутності сну, на яку іноді скаржаться хворі, не буває. Як показали дослідження з безперервним записом електроенцефалограми протягом ночі у пацієнтів із ТР, тривалість сну рідко становить менше п'яти годин на добу. Але неповноцінний нічний сон не приносить відчуття бадьорості, і хворі в ранковий час відчувають себе втомленими і розбитими [3, 4, 7].

Почуття тривоги, занепокоєння часто супроводжуються головним болем, запамороченням, коливаннями артеріального тиску, неприємними відчуттями у ділянці серця. Біль зазвичай буває помірним, але хворі з властивою їм тривожністю

і нетерплячістю схильні перебільшувати тяжкість стану [7].

Нині серед дослідників значно підвищився інтерес до вивчення коморбідних (співзалежних, співіснуючих) станів. Поєднання двох захворювань впливає на клінічну картину кожного з них, створює диференційно-діагностичні та терапевтичні складнощі [7, 13, 14]. Результати проведених епідеміологічних і клінічних досліджень свідчать про велику частоту коморбідності тривожних та депресивних розладів. При цьому тривога і депресія можуть розцінюватися як коморбідні психічні порушення, а також бути в рамках однієї діагностичної категорії — «змішаного тривожно-депресивного розладу» за МКХ-10. Коморбідність певних симптомокомплексів є швидше правилом, ніж винятком, а кореляційний зв'язок між тривоگوю і депресією найсильніший порівняно з іншими психічними захворюваннями [10, 15].

Чим яскравіше афективні порушення, тим простіше відрізнити депресію від тривоги, а чим більше стертий, маскований, соматизований, амбулаторний характер тривоги, тим більшу питому вагу мають відносно неспецифічні розлади, властиві як тривозі, так і депресії.

У психіатрії існує чотири точки зору на питання про співвідношення тривоги та депресії, які:

- 1) визначаються як прояви єдиного патологічного стану (тривожна депресія, змішаний тривожно-депресивний розлад);
- 2) можуть бути альтернативними проявами захворювання;
- 3) розглядаються як різні точки одного патологічного континууму. Спочатку з'являються симптоми тривожних розладів, потім змішаного тривожно-депресивного стану і, нарешті, симптоми великого депресивного розладу;
- 4) розуміються як якісно різні психопатологічні феномени, при цьому не виключається можливість їх взаємної трансформації та перехреста.

У літературі детально дискутується питання взаємозв'язку ТР із суїцидальними тенденціями з істотно підвищеною ймовірністю їх реалізації. Було показано, що при однаковій частоті суїцидальних думок саме дії чітко корелювали з інтенсивністю тривоги. Суїцидальні спроби у хворих із тривожною депресією менш продумані і мають імпульсивний характер: вони часто викидаються з вікон, кидаються під транспорт, завдають собі ножових поранень. Установлено, що суїцидальна поведінка у хворих із ТР характеризувалася достовірним переважанням суїцидальних рішень, намірів та задумів над такими думками, фантазуваннями та переживаннями.

Для діагностики ТР у практичній діяльності прийнято враховувати такі симптоми: 1) суб'єк-

тивні почуття внутрішнього напруження і неспокою, які ідентифікуються самим суб'єктом або помічаються оточуючими; 2) відчуття небезпеки — у хворого легко виникає лякливність, здригання; 3) м'язова напруга, тремтіння, м'язові болі, «ком» у горлі, ускладнене ковтання, посмикування окремих груп м'язів, нестача повітря, гіпервентиляція; 4) знижені здатність до концентрації, мотивація до реалізації нових дій, неможливість прийняття рішень; 5) надмірна, швидка стомлюваність, втрата «життєвої енергії», працездатності, підвищене відволікання; 6) порушення сну (безсоння або сонливість); 7) серцебиття, тахікардія, вологі й холодні долоні, гіпергідроз, блефароспазм, парестезії, головний біль, запаморочення, припливи жару та озноб, сухість у роті, нудота, часте сечовипускання, діарея; 8) повторювані думки про смерть, самогубство, суїцидальні спроби; 9) напади тяжкої неконтрольованої тривоги — «панічні атаки» [4, 6, 7].

Залежно від діапазону вираженості симптоматики ТР виявляються у відносно легких випадках почуттям внутрішнього напруження, очікуванням чогось неприємного, хвилюванням, посиленням невпевненості, сумнівами, а у тяжких випадках — ажитацією або тривожним заціпенінням аж до глибокого ступору, панічним відчуттям катастрофи, що насувається, болісним стисненням у грудях, задухою, вітальними переживаннями.

Критичне ставлення хворих до тривоги найбільше, воно зникає або знову з'являється залежно від її посилення або послаблення. У момент анкіозного нападу критичне ставлення до хвороби повністю відсутнє, і хворий цілком віддається почуттю тривоги, не намагаючись боротися з ним і не усвідомлюючи відсутність реальної небезпеки для свого життя [16–18].

До теперішнього часу виявлення ТР залишається недостатнім, що зумовлено недооцінкою цього феномену і слабкою поінформованістю в цій царині психіатрів, наркологів, медичних психологів, лікарів-інтерністів. За умови своєчасного виявлення пацієнти з ТР цілком курабельні та вже на етапі первинної медичної допомоги можна досягти значних успіхів у їх лікуванні.

**Клініка тривожних розладів при алкогольній залежності.** ТР є невід'ємною складовою частиною різних клінічних ситуацій у будь-якого хворого на АЗ, відіграють діагностичну, прогностичну роль, входять до стрижневих синдромів алкогольної адикції або можуть бути подані як самостійні симптоми на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби [17, 19–22].

Афективні порушення з проявами тривоги при АЗ можуть мати первинний і вторинний характер. До первинних розладів відносять преморбідно

існуючі афективні порушення, що спостерігаються в рамках психопатії, акцентуації характеру. Вторинні афективні розлади формуються у міру перебігу хвороби вже після виникнення АЗ [2, 3].

Проблема ТР при АЗ вивчалася багатьма авторами в аспекті їх коморбідності з депресією, суїцидальними тенденціями, диссомнічними розладами, характером сновидінь, почуттям провини і сорому [23, 24]. Серед численних афективних розладів, характерних для клініки АЗ, депресивна симптоматика у коморбідності з ТР займає значне місце [3, 19–21].

Тривожно-депресивні розлади у структурі синдрому відміни алкоголю виявляються внутрішнім неспокоєм, лякливістю, пригніченістю, зниженим настроєм, уривчастими ідеями самозвинувачення з переважанням алкогольної фабули і нерідко перевищують тривалість гострого періоду.

Тривожні субдепресії при АЗ частіше трапляються при первинній афективній патології в рамках циклоїдної конституції та переважно на початкових етапах хвороби, тоді як дисфоричні є ознакою більш віддалених її етапів, існуючих на тлі вже сформованої енцефалопатії [3, 6].

Багато авторів звертали увагу на те, що одним із компонентів алкогольної тривоги є почуття провини і сорому [3]. Болісне почуття провини нерідко з'являється у передзапійному періоді і є рецидивонебезпечною ситуацією. За своєю інтенсивністю воно доходить до самобичування, що супроводжується тривогою, небажанням бачити близьких і товаришів по службі, втратою інтересів, порушенням сну й апетиту. Від почуттів провини, сорому і тривоги пацієнту, залежному від етанолу, дає змогу позбутися стан алкогольного сп'яніння, при якому індивід відчуває «комфорт та позбавлення від вимогливої і суворой совісті».

Описано нав'язливе почуття провини у структурі психічного компонента похмільного синдрому. При цьому хворі звинувачують себе у тяжкому становищі сім'ї, занедбаному стані дітей, моральному падінні, докоряють собі всілякими муками совісті, картинами минулого. Почуття провини у них специфічне, супроводжується дратівливістю, невдоволенням оточуючими. Хворі каються у своїх вчинках, шкодують, але провину перекладають на інших (винен хтось інший), не пов'язуючи свою поведінку з прийомом алкоголю.

Серед суб'єктивних переживань, зумовлених власне тривожною симптоматикою, багато авторів відзначають наявність повторюваних думок про смерть, самогубство, суїцидальні спроби, аутоагресивну поведінку. Високі показники особистісної та ситуативної тривожності у пацієнтів з АЗ є фактором ризику повторних суїцидальних дій. Намір покінчити із собою впливав з ідей

самозвинувачення або розглядався як спосіб виходу з «важкої» ситуації, уникнення покарання.

Багато клініцистів звертали увагу на порушення сну при АЗ. Вивчалися в динаміці інсомнічні прояви і тематичні сновидіння. Із прогресуванням захворювання порушення сну набувають специфічного характеру. Часті раптові нічні пробудження зі станами тривоги, кошмарні сновидіння зі сценами погоні, нападу, сенс яких полягає у загрозі для життя. Виникаючий при цьому афект схожий із тим, який хворі переживають в алкогольному делірії. У передзапійному і ремісійному періодах у 83,1% пацієнтів з АЗ було виявлено «тематичні сновидіння», які відображали загострення патологічного потягу до алкоголю. У 58,7% випадків завершенням «тематичних сновидінь» була реальна алкоголізація.

**Тривога як донозологічна особистісна особливість.** Ключова особливість алкогользалежних пацієнтів із переважанням тривожно-недовірливих рис характеру виражалася в ананкастичній боязливості, що створює передумови для виникнення сумнівів, побоювань і нерішучості, невпевненості у собі, заниженої самооцінки, уникання невизначених ситуацій, очікування неприємностей. Це поєднувалося з виснажливістю, нездатністю до тривалих зусиль, як інтелектуальних, так і фізичних, схильністю до зовнішніх впливів. Такі пацієнти уникали підвищених навантажень, відповідальності, були недостатньо ініціативні, здатні до вольової тривалої напруги. Серед малознайомих осіб вони почувалися невпевнено, намагалися триматися осторонь. Перебування у суспільстві завжди було пов'язане для них зі значним напруженням, при невдачах вони легко впадали у відчай. На тлі зниженого настрою у таких осіб виникали різні страхи, почуття провини, нав'язливі побоювання за стан свого здоров'я, схильність до фобій іпохондричного змісту [3].

У пацієнтів, на клінічному етапі яких спостерігалися такі характерологічні особливості, як утрируваний самоаналіз, знижена самооцінка, надмірна самокритичність (аж до самобичування), невпевненість у собі, надмірна сором'язливість, провідну роль у формуванні АЗ відігравало не стільки бажання пережити, знову випробувати приємний, піднесений настрій в період алкогольного сп'яніння, скільки прагнення хоч на деякий час позбутися боязливості, сором'язливості, виснажливої самокритичності і невпевненості в собі, досягти хоч якоїсь психічної «розкутості» у конкретній ситуації.

Алкоголь на етапах залучення знімає гостроту переживань страху, тривоги, змінює настрій, купірує переживання особистістю своєї неповноцінності. Представники групи з депресивним типом

профілю серед мотивів вживання алкоголю називали тривогу, психічний дискомфорт, напруженість; в їх клінічній картині відзначалися нейротичність, зниження коливання афективного фону, сензитивність, низька стійкість до стресів і фрустрації. Молоді люди, які страждають на соціально-тривожні розлади, отримують більш низький рівень освіти, з меншою ймовірністю беруть шлюб і мають обмежені можливості працевлаштування, а в безуспішних спробах впоратися з тривогою схильні аж до розвитку АЗ.

**Патологічна тривога у структурі синдрому відміни алкоголю.** Тривожна симптоматика найбільш яскраво і різноманітно подана у структурі ААС. На сучасному етапі однією з характерних особливостей синдрому АЗ є значно пришвидшене, ніж у 1980-ті рр., формування ААС, при якому переважає психічний компонент із домінуванням тривоги, безсоння, метаморфозів, елементів дереалізації.

Для визначення ступеня тяжкості ААС у США, Канаді, Австралії використовують тест The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-Ar), що складається з 10 скринінгових блоків (вираженість симптому від 0 до 7 балів, максимальна кількість — 67 балів) [25]. Тривога входить у структуру тесту: від її відсутності — 0 балів до панічного стану — 7 балів. Використовуючи цю методику, клініцисти визначають стратегію диференційованого лікування алкогольного синдрому відміни. При ступені вираженості синдрому відміни менше 10 балів лікування проводять без застосування бензодіазепінів, а при 10 балах і більше використовують інтенсивне фармакологічне втручання і включають у схему лікування бензодіазепіни. Стан пацієнта при цьому оцінюють кожні 2 год [24].

Багато авторів відзначали наростання питомої ваги ТР у структурі абстиненції у міру прогресування АЗ. У період провісників і на початкових етапах алкоголізму похмільний синдром відсутній, але у деяких пацієнтів він може з'являтися у вигляді окремих психічних стигм: тривоги, загального нездужання, минушого легкого тремору пальців рук. У підлітковому абстинентному синдромі, на відміну від дорослих, помірна афективна напруженість не супроводжувалася ні тривогою, ні почуттям провини.

При появі перших палімпсестів неточні спогади про події, що сталися під час сп'яніння, створюють відчуття тривоги і «незручність перед приятелями». Майбутній хворий переходить від «відкритого» до «прихованого» пияцтва, у нього формується так званий синдром прикриття, який лежить в основі психічного дискомфорту. Вживання невеликих доз алкоголю при виникненні

абстинентних проявів купірує тяжкий стан. Протиріччя між думкою про алкоголь і синдромом прикриття постійно посилюється і прискорює розвиток хворобливого процесу.

При прогресуванні залежності і неможливості задовольнити актуальну потребу в алкоголі у стані абстиненції хворі стають тривожними, неспокійними, непосидючими, рухливими, постійно перебувають у стані підвищеної настороженості, дратівливості, у них спостерігаються часті спалахи гніву, злості, агресивні вчинки. Почуття сорому, каяття, провини формують суїцидальні думки і тенденції. Реалізація суїцидальних намірів пацієнтів з алкогольною тривогою в структурі ААС досить висока, а хворі на алкоголізм становлять 20% усіх суїцидентів [11].

Психічні порушення при ААС, на думку багатьох авторів, специфічні і виявляються у вигляді поверхневого сну з кошмарними сновидіннями, зниженим настроєм, почуттям тривоги, лякливості, настороженості, іноді параноїдною наляштованістю. Синдром відміни алкоголю може спричинити сильне почуття занепокоєння, напади паніки і фобічну поведінку.

При вивченні групи хворих, клінічна картина стану відміни алкоголю яких характеризувалася тривожно-депресивним синдромом, було відзначено високий рівень тривоги, пов'язаної зі страхом розвитку психозу, втрати сім'ї або роботи, рідше — зумовленої побоюванням за своє здоров'я. Ці хворі відзначали непосидючість, занепокоєння, певну амбівалентність намірів: бажання щось «негайно вжити», «виправити» тут же змінювалося у них песимістичною оцінкою таких зусиль.

Деякі автори пропонують теоретичну модель, що має пояснити виражену тривогу у багатьох осіб із синдромом залежності від алкоголю. Така концепція заснована на гіпотезі «фобії абстиненції» (страх перед можливим розвитком синдрому відміни і делірію). Вважають, що розвитку фобії сприяють перенесені у минулому тяжкі стани алкогольної абстиненції [17, 26].

Вегетативні розлади як прояви алкогольної тривоги є першими симптомами ААС і визначаються пітливістю, тремором, похолоданням кінцівок, акроціанозом, гіперемією обличчя, тахікардією.

**Тривожні розлади і патологічний потяг до алкоголю.** ТР тісно пов'язані з основним симптомом алкоголізму — ППА. Вони створюють, з одного боку, додаткову мотивацію до зловживання алкоголем, а з іншого — потяг до алкоголю нерідко виявляється ТР: у пацієнтів з'являються алкогольні сновидіння, розлади сну, зниження настрою, пізніше приєднуються дратівливість, занепокоєння, неухважність, внутрішнє напруження, відчуття неминучих неприємностей, погіршується

настрій, втрачається інтерес до роботи. Наростання інтенсивності ППА супроводжується посиленням тривожності хворих [2, 3, 21]. Мотивом споживання алкоголю в такій клінічній ситуації найчастіше є прагнення до усунення тривоги або поліпшення настрою.

Є відомості, що в перші місяці після завершення протиалкогольного лікування у значній частині хворих спостерігалася нестійкість афективного стану з коливаннями у бік погіршення, при цьому легко поновлювався ППА, що виявлялося тривогою, внутрішнім напруженням, занепокоєнням, очікуванням неприємностей, неможливістю відключитися від думок про поганий кінець у будь-якій ситуації, безсонням, втратою апетиту, вибуховістю, частим виникненням конфліктів як вдома, так і на роботі [17, 21, 27].

**Анкіозні прояви гострої алкогольної інтоксикації.** Ще на початку минулого століття був барвисто описаний емоційний фон «хронічного п'яниці» при алкогольному сп'янінні: «...душевний стан, що коливається між святом переможця і таємницею невпевненості в собі».

У стані алкогольного сп'яніння загострюються і оголюються індивідуальні особливості характеру. Пацієнти, які мають тривожно-недовірливі риси характеру, починають виявляти ознаки карикатурної настороженості, переходять на конфіденційний шепіт, підозріло поглядають на сусідній стілик, повертаються додому не звичайним шляхом, а задвірками, у них з'являється сльозливість, вони «визнають свою провину», плачуть, займаються самобичуванням [3, 19, 21].

Згідно з концепцією про сором і провину при алкоголізмі стан інтоксикації є «тимчасовим притулком від почуття провини і тривоги», «можливістю виявити агресію без безлічі негайних негативних наслідків» [3].

Для патологічного алкогольного сп'яніння характерне раптове виникнення спотвореного маячного сприйняття обстановки у поєднанні з афектами тривоги, страху, гніву, люті. У хворих розвивається різке рухове збудження, у багатьох випадках — з агресивними діями по відношенню до оточуючих. Поведінка людини при патологічному сп'янінні обумовлена внутрішніми психотичними, імпульсивними мотивами, відчуттям тривоги, страху, які можуть змінитися люттю, несамовитою злістю, а їхні дії виявляються у формі безглузких актів нападу, захисту або втечі [3].

**Тривожні розлади при запійних станах.** При формуванні АЗ на тлі тривожно-фобічних розладів починаючи з ранніх етапів захворювання у пацієнтів переважають запійні форми вживання алкоголю, оскільки постінтоксикаційні розлади настільки загострюють тривожно-фобічну симптоматику,

що для її лікування вони вдаються до повторного вживання алкоголю.

Низька фрустраційна толерантність і ТР входять у структуру так званого передінтоксикаційного комплексу. Тривога, підозрілість, метушливість, вегетативна лабільність є складовими як гострої алкогольної інтоксикації, так і стану відміни при запійних формах зловживання. Часто відзначають слухові і зорові галюцинації страхітливого і звинувачувального змісту. На висоті тривоги у хворих нерідко з'являються суїцидальні думки, тенденції і спроби [3].

**Тривожні розлади при алкогольних психозах.** У літературі останніх десятиліть широко обговорюються питання діагностичної та прогностичної ролі тривоги при алкогольному делірії, а за ступенем її вираженості — можливість судити про компенсаторні можливості організму. Однією із сучасних особливостей психопатології алкогольного делірію вважають збільшення питомої ваги афекту страху, тривоги і депресивних переживань, що пов'язують зі зміною тематики порушень перцепції: зростання зорових галюцинацій застрашливого характеру і вербальних галюцинацій звинувачувального, образливого і глузливого змісту. Об'єднані зорові і слухові галюцинаторні переживання створюють сприятливі умови для виникнення ауто- і гетероагресії у хворих з алкогольним делірієм [19, 24, 27, 28].

Тривога, емоційна напруга, страх, боязнь є обов'язковими провідними симптомами деліріозного потьмарення свідомості. У хворих з алкогольним делірієм настрої украй мінливі: протягом короткого часу у них можна спостерігати благодущність, здивування, відчай, страх, при тому вони збуджені, ховаються, обороняються відповідно до існуючих на цей момент галюцинацій. Сон поверхневий зі страхітливими сновидіннями, від яких хворі прокидаються у жаху.

ТР у структурі психотичних форм АЗ настільки патогномонічні, що їх відсутність трактується у сучасній наркології як діагностичний маркер виснаження нейромедіаторних ресурсів.

**Тривога у ремісійному періоді.** На думку багатьох авторів, виражені тривожні переживання, які зберігаються у статусі хворих після завершення протиалкогольного лікування, сприйняття ними широкого кола ситуацій як загрозливих для їх престижу перешкоджають активній діяльності і призводять до рецидиву захворювання. Ступінь вираженості тривоги як біологічного та особистісно-психологічного фактору у сучасній наркології відіграє прогностичну роль для етапів формування ремісії [21].

Ряд дослідників наголошують на погіршенні стану пацієнтів безпосередньо перед випискою зі

стаціонару: в їхніх переживаннях відзначаються підвищення рівня тривоги, відчуття провини, невідповідність моральним стандартам і осуд себе. Погіршення стану автори пояснюють як реакцію на актуалізацію конфліктної життєвої ситуації, тобто необхідність вирішення сімейних і виробничих проблем. Саме анкіозні переживання, неспокій, страх, почуття провини, очікування неприємностей у перші місяці ремісії у період адаптації хворих до «безалкогольного» способу життя вимагають від них відмови від звичного способу вирішення різних проблем, що зумовлює необхідність проведення підтримуючого лікування. У період ремісії на тлі високого рівня тривоги виникає до 61,6% рецидивів.

У самотніх жінок, які зловживають алкоголем, у ремісійному періоді було виділено феномен «порожнього дому» (почуття занедбаності, незатребуваності, самотності, невезіння, жалості до себе, нещасливості). Відчуття «порожнього дому» було часом настільки болючим, що з метою уникнення тяжких переживань і заповнення комунікативного вакууму жінки скликали подруг, влаштовували вечірки, заводили знайомства з випадковими чоловіками, заповнюючи цими людьми свій життєвий простір. Подібні спроби супроводжувалися ексцесивною алкоголізацією [26].

Під компенсованим типом ремісії розуміють благополучний емоційний стан хворого, який характеризується помірним або низьким рівнем особистісної та ситуативної тривоги, відсутністю клінічно виражених афективних розладів і стійких негативних емоційних переживань, нормалізацією відносин у різних сферах із включенням пацієнта в суспільне життя та ідентифікацією його із соціальним оточенням, що супроводжується задоволенням і впевненістю у собі. При цьому у них не повинні відзначатися прояви ППА, такі, як епізоди «сухого похмілля», сновидіння алкогольного змісту [21].

У сучасній наркології алкогольна тривога в ремісійному періоді, поряд із депресивними, дисфоричними, гіпоманіакальними станами, рубрифікується з позицій рецидивонебезпечних клінічних ситуацій і розглядається як невідкладний стан, який потребує короткострокової купіруючої, блокуючої інтервенції в рамках комплексної вторинної профілактики рецидивів, корекції і стабілізації ремісійних станів [22, 29–31].

**Визначення рівня тривожності за шкалою самооцінки Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна.** Вимірювання тривожності як властивості особистості дуже важливе, оскільки вона зумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності — природна та обов'язкова особливість активної діяльності особистості. У кожній людини є свій оптимальний



чи бажаний рівень тривожності — це так звана корисна тривожність. Оцінювання людиною свого рівня тривожності є для неї важливою складовою самоконтролю й самовиховання [3, 32].

Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, що свідчить про схильність суб'єкта до тривоги й передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідати на кожен з них певною реакцією. Як схильність особистісна тривожність активізується під час сприйняття стимулів, котрі людина розцінює як небезпечні, пов'язані зі специфічними ситуаціями загрози її престижу, самооцінці, самоповазі.

Ситуативна, або реактивна, тривожність як стан характеризується суб'єктивними пережитими емоціями: напруженням, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, може бути різним за інтенсивністю й динамічним у часі.

Особистості, які належать до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці й життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже напружено, вираженим станом тривожності. Якщо психологічний тест виявляє в опитаного високий показник особистісної тривожності, то це дає підстави припускати, що в різноманітних ситуаціях (особливо, якщо вони стосуються оцінки його компетенції та престижу) в нього може простежуватися стан тривожності.

Відомі методи вимірювання тривожності дають змогу оцінювати або особистісну тривожність, або стан тривожності, або дуже специфічні реакції.

Єдиною методикою, яка диференційовано вимірює тривожність (і як особистісну властивість, і як стан), є шкала Ч. Спілбергера, адаптована Ю. Ханінім [32].

Бланк шкали самооцінки Ч. Спілбергера містить інструкції та 40 запитань-суджень, 20 з яких призначені для оцінювання рівня ситуативної (реактивної) тривожності і 20 — для оцінювання рівня особистісної тривожності. Дослідження можна проводити як індивідуально, так і в групі. Експериментатор пропонує опитуваним відповідати на запитання шкал відповідно до інструкції, нагадуючи, що вони мають працювати самостійно. На кожне запитання існують чотири варіанти відповіді за ступенем інтенсивності.

На кафедрі наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти на підставі одержаних результатів проведених досліджень були сформульовані контрольно-інтерпретаційні опитувальники вхідного і кінцевого рівнів знань слухачів, розроблено навчально-методичний посібник для самостійної роботи слухачів — лікарів-наркологів, психіатрів циклів післядипломної підготовки [33].

Таким чином, подані у роботі феноменологічні, клініко-патопсихологічні та дидактичні основи вчення про тривожні розлади алкогольного генезу можуть бути використані при післядипломній підготовці лікарів зі спеціальності «Наркологія».

#### Список літератури

1. Особенности поведенческих и нейрхимических реакций у животных с различным уровнем эндогенной тревоги / Т. В. Проскуракова, О. Б. Петриченко, Н. В. Панкратова, В. А. Шоханова // *Вопр. наркологии.*— 2003.— № 1.— С. 28–35.
2. Наркологія: національний підруч.; за ред. І. К. Сосіна, Ю. Ф. Чуєва.— Харків: Колегіум, 2014.— 1500 с.
3. *Сосин И. К.* Алкогольная тревога: моногр. / И. К. Сосин, Е. Ю. Гончарова, Ю. Ф. Чуев.— Харьков: Коллегиум, 2008.— 752 с.
4. *Евсегнеев Р. А.* Распознавание и лечение тревожных расстройств в общеймедицинской практике: метод. рек. / Р. А. Евсегнеев.— Минск, 1998.— 27 с.
5. *Марута Н. О.* Суїцидальна поведінка у хворих на тривожні розлади (клініко-психопатологічна характеристика та принципи профілактики) / Н. О. Марута, Ю. В. Ніканорова // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2014.— Т. 22, вип. 2 (79).— С. 10–15.
6. *Ковалев Ю. В.* Тревога и депрессия: клинико-феноменологические сходства и различия (аналитический обзор) / Ю. В. Ковалев // *Рос. психиатрический журн.*— 2004.— № 1.— С. 45–49.
7. *Александровский Ю. А.* Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике / Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов.— М.: Литтерра, 2014.— 1080 с.
8. *Бухановский А. О.* Общая психопатология: пособ. для врачей / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.— 416 с.
9. Классификация психических и поведенческих расстройств. Всемирная организация здравоохранения; под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина.— СПб.: Адис, 1994.— 300 с.
10. *Подкорытов В. С.* Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 352 с.
11. *Рудь В. О.* Клініко-психологічні та біоритмологічні характеристики осіб з суїцидальною поведінкою / В. О. Рудь // *Архів психіатрії.*— 2004.— Т. 10, № 4 (39).— С. 25–29.
12. *Аймедов К. В.* Дослідження особистісних характеристик підлітків, схильних до аутоагресивної поведінки / К. В. Аймедов // *Архів психіатрії.*— 2014.— Т. 20, № 2 (77).— С. 100–102.
13. *Сквіра І. М.* Рецидивонебезпечні клінічні ситуації ремісійного періоду при алкогольній залежності: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра

- мед. наук; спец. 14.01.17 «Наркологія» / І. М. Сквіра; ДУ «ІНПН НАМН України».— Харків, 2014.— 43 с.
14. Рання діагностика алкогольної залежності в практиці сімейного лікаря / І. К. Сосін, І. М. Сквіра, В. М. Міцура [та ін.] // Здобутки клінічної і експериментальної медицини.— 2016.— № 1.— С. 69–72.
  15. Нециркулярні депресії: моногр.; за ред. О. К. Напреєнка.— К.: Софія-А, 2013.— 624 с.
  16. *Марута Н. О.* Синдромутворення при резистентних дисоціативних розладах (психопатологічні механізми неврозогенезу) / Н. О. Марута, Г. С. Рачкаускас, І. О. Явдак // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 1 (78).— С. 72–75.
  17. *Минко А. И.* Качество жизни, аффективный статус и приверженность терапии на протяжении первого месяца антиалкогольного лечения / А. И. Минко, И. В. Линский // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.— 2006.— № 1.— С. 123–125.
  18. *Явдак І. О.* Клініко-психопатологічні фактори формування резистентності при тривожно-фобічних розладах / І. О. Явдак // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 4 (81).— С. 122–125.
  19. *Бабаян Э. А.* Наркология / Э. А. Бабаян, М. Х. Гопольский.— М.: Медицина, 1987.— 336 с.
  20. Геронтологические аспекты современных форм алкогольной зависимости / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, Н. А. Пересадин, И. М. Скалыга // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 2 (79), додаток.— С. 209–214.
  21. *Ерышев О. Ф.* Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов.— СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002.— 192 с.
  22. Концепція рецидивнебезпечних станів в аспекті випередженої стабілізації ремісій при алкогольній залежності / І. К. Сосін, І. М. Сквіра, Ю. Ф. Чуєв [та ін.] // Матеріали XVII Укр. наук.-практ. конф. в межах Державної цільової програми «Молодь України на 2016–2020 роки. Довженківські читання: «Попередження залежності від психоактивних речовин як основа психічного здоров'я молоді»; 26–27 квітня 2016 р., Харків; за заг. ред. П. В. Волошина.— Харків, 2016.— С. 212–217.
  23. Експертно-діагностична ідентифікація латентного тремору як спосіб верифікації зловживання алкоголем / І. К. Сосін, О. Ю. Гончарова, І. М. Сквіра, Ю. Ф. Чуєв // Медичний та психофізіологічний контроль стану людини: зб. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю; 5 листопада 2015 р., м. Костянтинівка.— Костянтинівка, 2015.— С. 173–179.
  24. Наркология; пер. с англ. / Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Г. Робертс, С. Е. Хайман.— 2-е изд., испр.— М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 2000.— 320 с.
  25. The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-Ar).— URL: [www.mdcalc.com/ciwa-ar-alcohol-witlidrawal](http://www.mdcalc.com/ciwa-ar-alcohol-witlidrawal)
  26. *Шайдукова Л. К.* Феноменологические особенности депрессивных расстройств у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем / Л. К. Шайдукова, С. И. Мельчихин // Рос. психиатрический журн.— 2004.— № 1.— С. 31–34.
  27. Наркология: актуальні питання / В. Д. Мішиєв, І. К. Сосін, М. О. Овчаренко, О. А. Єршова.— Львів: Медицина світу, 2010.— 280 с.
  28. *Минко А. И.* Наркология / А. И. Минко, И. В. Линский.— 2-е изд., испр. и дополн.— М.: Эксмо, 2004.— 736 с.
  29. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders // Bull. WHO.— 2000.— № 78 (4).— P. 413–426.
  30. *Hall S. M.* The abstinence phobias-links between substance abuse and anxiety / S. M. Hall // International J. of the Addictions.— 1984.— Vol. 19, № 6.— P. 613–631.
  31. *Lingford-Hughes A.* Treating anxiety complicated by substance misuse / A. Lingford-Hughes, J. Potokar, D. Nutt // Advances in psychiatric treatment.— 2002.— Vol. 8.— P. 107–116.
  32. *Ханин Ю. Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин.— Л.: ЛНИ-ИФК, 1976.— 18 с.
  33. *Сосін І. К.* Тривожні розлади при алкогольній залежності: навч.-метод. посіб. для самостійної роботи слухачів / І. К. Сосін, О. Ю. Гончарова, Ю. Ф. Чуєв.— Харків: ХМАПО, 2016.— 35 с.

## ПАТОПСИХОЛОГИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИДАКТИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ

И. К. СОСИН, Е. Ю. ГОНЧАРОВА, Ю. Ф. ЧУЕВ

**Представлены феноменологические, клиничко-патопсихологические и дидактические основы учения о тревожных расстройствах алкогольного генеза. Клиника таких расстройств рассмотрена в аспекте идентификации тревоги как донозологической личностной особенности, рубрикации патологической тревоги в структуре синдрома отмены алкоголя. Сопоставлены феномены тревожных расстройств в наркологии с патологическим влечением к алкоголю как ключевым патогномоничным признаком состояния зависимости. Определена специфика анксиозных проявлений на этапе острой алкогольной интоксикации, тревожных расстройств при запойных состояниях, алкогольных психозах, признаков тревоги в ремиссионном периоде. Приведены**

**валидные основы классического тестового определения уровня тревожности (по шкале Ч. Спилберга — Ю. Ханина).**

*Ключевые слова: алкогольная зависимость, патопсихология, тревога, преморбидная личность, синдром отмены алкоголя, патологическое влечение к алкоголю, запойные состояния, алкогольный делирий, ремиссионный период.*

**PATOPSHIOLOGY OF ANXIETY DISORDERS AT ALCOHOL ADDICTION:  
CLINICAL AND DIDACTIC PARADIGMS**

I. K. SOSIN, O. Yu. HONCHAROVA, Yu. F. CHUIEV

**The paper presents phenomenological, clinical and pathopsychological and didactic basics of the study of anxiety disorders of alcoholic origin. The clinical presentation of such disorders is considered in the aspect of identifying anxiety as a pre-nosological personality trait, categorization of pathological anxiety in the structure of alcohol withdrawal syndrome. The phenomena of anxiety disorders in narcology with pathological induction of alcohol, as a key pathognomonic sign of a state of dependence, are compared. The specificity of anxious manifestations at the stage of acute alcohol intoxication, anxiety disorders at bloating states, alcoholic psychoses, and anxiety in the remission period is determined. The valid substantiation of the classical test determination of anxiety level (according to Ch. Spielberger, Yu. Hanin) is presented.**

*Key words: alcohol addiction, pathopsychology, anxiety, premorbid personality, alcohol withdrawal syndrome, pathological attraction to alcohol, drinking bout states, alcoholic delirium, remission period.*

*Надійшла 27.09.2017*