

# ВЫРАЖЕННОСТЬ И ДИНАМИКА РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

К. м. н. А.Ф. АРТЕМЧУК

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков*

**Исследовано изменение частоты и выраженности реактивной и личностной тревожности больных алкогольной зависимостью разных профессий до и после стрессопсихотерапии. Сделан вывод, что эти характеристики могут служить интегральными показателями потенциала адаптации у больных с данной патологией и прогностическими критериями качества лечения.**

В интегративной системно-структурной модели человека как социально-психологического (общественного) и биологического существа категория «личность» и ее основные макрохарактеристики — личность, субъект, индивидуальность, индивид — имеют определяющее значение. При этом личность как таковая является стержневой в целостной системе человека и наиболее полно раскрывает его общественную сущность, определяющую все звенья человеческого развития, включая природные особенности [1]. Личность является субъектом деятельности, вершиной всей структуры человеческих свойств [2], интегралом адаптационных свойств [3].

По отношению к личности как субъекту деятельности индивидуальность составляет ее своеобразие, определенный комплекс коррелируемых свойств индивида (возрастно-половых, нейродинамических, конституционально-биохимических) [4].

Содержательное наполнение «личностного пространства» представляет собой конструктивный поиск оснований и критериев на почве экспериментального материала для выделения интегральных показателей личности, определяющих ее адаптационный потенциал [5], в том числе при алкогольной зависимости (АЗ), построение модели, открытой для взаимодействия в целях диагностики, прогноза и терапии [6]. При этом созданная модель отражает ведущий компонент адаптиогенеза, по сути — качество жизни.

Основной принцип в исследовании адаптационно-приспособительных реакций обосновывается идеями единства психики, личности и поведения, а также других системно-структурных уровней организма: соотношение психики в целом с ее отдельными свойствами можно выразить аксиомой «часть равна целому» [7]. Поэтому любое из психических явлений, действий, функций как компонент структуры психики представляет во внешнем контексте взаимодействие человека с миром, т.е. всю психику в целом.

Целью настоящего исследования и явилось выделение дифференциально-диагностических признаков АЗ, коморбидной с профессионально-производственными вредностями, путем изучения отдельных системно-структурных и динамических феноменов, в частности тревожности, отражающих психическую деятельность в целом на разных этапах становления терапевтической ремиссии.

В исследовании использована шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга — Ханина [8]. По Ю.Л. Ханину, состояние тревоги, или реактивная тревожность (РТ), возникает «как реакция человека на различные, чаще всего социально-психологические, стрессоры». Напротив, личностная тревожность (ЛТ) как черта, свойство, диспозиция дает представление об индивидуальных различиях стрессоров. Величина ЛТ характеризует прошлый опыт индивида, т.е. насколько часто ему приходилось испытывать РТ [9]. Именно выраженность тревожности, ее динамику можно рассматривать как интегральный показатель психики, личности, поведения, отражающий возможности и направленность адаптационных реакций.

Нами было обследовано 252 больных АЗ II ст. в возрасте от 26 до 50 лет различных профессий: 141 человек — на этапе купирования синдрома отмены алкоголя — СОА (6–15-й день трезвости) и 111 человек после стрессопсихотерапии (СПТ) по А.Р. Довженко (на 25–50-й день трезвости). Их возраст от 26 до 50 лет. Структура профвредностей и их негативные общебиологические эффекты представлены в табл. 1, 2.

Средние, нормальные значения РТ (от 31 до 45 баллов) на этапе 6–15-го дня трезвости определены у 44,68% всех обследованных; высокая РТ (выше 45 баллов) — у 31,91% и низкая РТ (ниже 31 балла) — у 23,40%. Стратегическая достоверность различий между изученными показателями находилась в пределах от  $p < 0,05$  до  $p < 0,01$ .

Наибольший удельный вес больных с высоким уровнем РТ выявлен среди водителей, трактористов (I группа — 55,66%); наименьший — у лиц строительных профессий (IV группа — 16,67%) и электрогазосварщиков, литейщиков (II группа — 17,65%). Статистически достоверные различия по наличию высоких значений РТ выявлены между группами I–II, I–III, I–IV, I–V, I–VI, II–III, II–V, III–IV, IV–V. Наибольший удельный вес больных с низким уровнем РТ выявлен в IV (41,67%), наименьший — во II группе (5,88%). Достоверные различия по наличию низких значений РТ выявлены между второй и остальными профессиональными группами, а также между III–IV, IV–V и IV–VI группами. Самое большое число больных со средними (нормальными) показателями РТ имеет

Негативные факторы производственного процесса у больных алкогольной зависимостью различных профессий

Вредные факторы	Группы обследованных					
	I водители, тракторис- ты, n = 18	II электро- газос- варщики, литейщи- ки, n = 17	III лица, занятые в холод- ной об- работке металла, n = 30	IV стро- итель- ные ра- бочие, n = 12	V работ- ники химп- роиз- водств, n = 27	VI лица без професси- ональных вредностей в произ- водстве, n = 37
Токсические вещества	+	+	-	-	+	-
Пыль, абразивы	+	+	+	-	+	-
Кислоты, щелочи, масла	-	-	-	-	+	-
Инфракрасные и ультразвуковые колебания	-	+	-	-	-	-
Электромагнитные волны и поля	-	-	+	-	-	-
Шум и вибрация	+	-	+	-	-	-
Инфразвуковые и ультразвуковые излучения	+	-	+	-	-	-
Высокая и низкая температура, неблагоприятные атмосферные явления	+	+	-	+	+	-
Перенапряжение нервной системы, зрения, слуха	+	-	-	-	-	-
Частые однообразные движения (монотонность труда)	-	-	+	+	-	+
Перенапряжение отдельных мышечных групп	-	+	+	+	-	-
Длительное вынужденное положение тела	+	-	-	-	-	-
Гиподинамия	+	-	-	-	+	+

Примечание. + наличие признака, - отсутствие признака.

место во II группе (76,47%); в 7 раз меньше — в I группе (11,11%). Статистически достоверные различия по удельному весу нормальных показателей РТ выявлены между I, II и остальными группами.

Таким образом, наиболее часто реагируют состояниями тревоги на социально-психологические стрессоры больные АЗ I, III и V профессиональных групп; реже — представители II, IV и VI групп.

Об этом свидетельствует и анализ средних показателей РТ. Самые высокие средние показатели РТ на 6–15-й день трезвости отмечены в тех же I, III и V группах (соответственно  $45,66 \pm 2,34$ ;  $45,0 \pm 4,5$ ;  $48,6 \pm 3,6$  балла); самые низкие — во II, IV и VI группах (соответственно  $36,28 \pm 3,8$ ;  $32,5 \pm 3,6$ ;  $40,5 \pm 3,5$ ). Статистически достоверные различия между всеми профессиональными группами, кроме I–III.

После применения стандартной процедуры стресс-нагрузки\*, которая является провоцирующим

фактором и стимулирует или истощает защитные реакции, уровни РТ у больных АЗ изменялись. Так, по всей выборке больных АЗ удельный вес лиц с высокими (выше 45 баллов) значениями РТ (т.е. с высокой реактивностью нервной системы) уменьшился с 31,91 до 26,19%; с низкими (меньше 31 балла) значениями (т.е. низкой реактивностью) — увеличился с 23,4 до 38,1%; с нормальными (31–45 баллов) — уменьшился с 44,68 до 35,71%. Число больных АЗ с высокими значениями РТ после стресс-нагрузки наиболее сильно снизилось в III (с 33,67 до 13,33%) и V (с 37,04 до 25%) группах, что свидетельствует о процессах истощения адаптационно-приспособительных реакций у части обследованных этих групп. Несколько увеличилось число больных с высокими значениями РТ после стресс-нагрузки во II, IV и VI группах, что свидетельствует о нормальной реактивности нервной системы у части этих обследованных.

\* В качестве стресс-нагрузки использовался электростимулятор мышц «Стимул-1», подающий переменный ток силой 8 мА в течение 5 с с интервалом в 15 с. Электроды накладывались на предплечье левой руки. При включении напряжения у испытуемого возникали страх, тревога, иногда сокращение мышц предплечья со сгибанием IV и V пальцев, покраснение лица, изменение артериального давления, учащение пульса и дыхания, а также полярные состояния: возбуждение или заторможенность.

Таблица 2

## Отрицательное действие некоторых производственных факторов на здоровье рабочих различных профессий

Вредные факторы	Негативные эффекты
Токсические вещества (бензин, свинец, оксиды, сварочный аэрозоль и др.)	Нейродистрофические процессы в передних отделах основания мозга с возникновением локального мозгового психоорганического синдрома; изменения гормонального, медиаторного и общего обмена; расстройства в системах гипоталамус—гипофиз—надпочечники, гипоталамус—гипофиз—половые железы; сердечно-сосудистой системе
Пыль, абразивы	Поражение органов дыхания: пневмокониоз, бронхит, бронхиальная астма, аллергия; офтальмизм; нарушение нервной и сердечно-сосудистой систем
Кислоты, щелочи, масла	Кожные заболевания, аллергия; поражение органов дыхания
Инфракрасное и ультрафиолетовое излучение	Нарушение нервной и сердечно-сосудистой систем
Электромагнитные волны и поля	Нарушение нервной и сердечно-сосудистой систем
Шум и вибрация	Снижение звуковой чувствительности; изменения сердечно-сосудистой, эндокринной, центральной и вегетативной нервной систем; повышение возбудимости вестибулярного аппарата
Инфразвуковые и ультразвуковые колебания	Угнетение деятельности ЦНС, дыхательной, эндокринной и других систем; снижение работоспособности
Высокая и низкая температура, неблагоприятные атмосферные явления	Нарушение водно-солевого обмена
Нервно-психическое перенапряжение	Перенапряжение и истощение нейроэндокринной, сердечно-сосудистой и других систем, коры надпочечников, адаптационных реакций; снижение резистентности организма
Частые однообразные движения (монотонность труда)	То же
Перенапряжение отдельных мышечных групп	Изменение осанки, скелета, развитие профзаболеваний (остеохондроз, радикулит и т.д.)
Длительное вынужденное положение тела	То же
Гиподинамия	Нарушение нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем

Число больных АЗ с низкими значениями РТ после стресс-нагрузки наиболее значительно снизилось в I (с 33,33 до 16,67%) и в IV (с 41,67 до 25%) группах, что свидетельствует о сохранности мобилизирующих адаптационных реакций в этих группах. Значительно увеличилось число больных с низкими показателями РТ после стресс-нагрузки — во II (с 5,88 до 50%), в V (с 18,52 до 50%), в III (с 23,33 до 40%) и VI (с 24,32 до 44,44%) группах, что отражает истощение адаптационно-приспособительных реакций в этих группах под влиянием электростресса. Количество больных с нормальными значениями РТ после стресс-нагрузки уменьшилось в наибольшей степени во II (с 76,47 до 25%), в V (с 44,44 до 25%) и в VI (с 51,35 до 22,22%) группах, что подтверждает истощение механизмов адаптационно-приспособительных реакций в этих группах; увеличилась — в I (с 11,11 до 33,33%), III (с 40 до 46,67%) и IV (с 41,67 до 50%) группах.

Следовательно, наиболее негативно стресс-нагрузка влияет на обследованных II и V групп, у которых она приходится на фазу истощения общей неспецифической активационной реакции на стресс

(ОНРС) и у которых в производственных процессах имеет место негативный комплекс профвредностей токсического характера. Несколько мягче это влияние на обследованных III и VI групп, где она совпадает с фазой резистентности ОНРС. Улучшились средние показатели РТ после стресс-нагрузки в I и IV группах, где у больных чаще встречается фаза мобилизации ОНРС. Аналогичными были изменения значений РТ после стресс-нагрузки. Так, средний показатель РТ, оставаясь в пределах нормы, уменьшился с  $41,42 \pm 3,56$  до  $39,83 \pm 2,73$  балла. Больше всего он снизился в III группе (с  $45 \pm 4,5$  до  $29,5 \pm 3,5$ ), незначительно — во II (с  $36,28 \pm 3,8$  до  $35 \pm 3,25$ ) и несколько возрос в I (с  $45,66 \pm 2,34$  до  $46,5 \pm 1,5$ ) и IV (с  $32,5 \pm 3,6$  до  $40,0 \pm 3,5$ ) группах; в V и VI группах этот показатель после стресс-нагрузки не изменился.

ЛТ была в пределах нормативных значений (31–45 баллов) у 55,81% обследованных больных на этапе купирования острых явлений СОА (6–15-й день трезвости), выше нормы — у 30,23% и ниже нормы — у 13,95%. Наибольший удельный вес больных АЗ с высокими значениями ЛТ до СПТ был в III (у 40%) и II (у 37,5%) группах; в 2 раза меньше —

в VI группе (у 20%); не достигал высоких значений в IV группе. Статистически достоверными были различия между четвертой и другими группами, а также между II–VI, III–VI, V–VI. Наибольший удельный вес больных АЗ с низкими значениями ЛТ отмечен в IV и V группах (по 33,33%); ниже – в III и VI (по 10%) и в I (у 11,11%) группах. Статистически достоверные различия имели место между группами I–IV, I–V, II–IV, II–V, III–IV, III–V, IV–VI, V–VI. Наибольший удельный вес больных со средними (нормальными значениями) ЛТ выявлен в VI (у 70%) и IV (у 66,67%) группах – клинически и профессионально благополучных; наименьший – в V группе (у 33,33%). Статистически достоверными были различия между I–V, II–VI, III–VI, IV–V, V–VI группами.

Средние значения ЛТ превышали норму в III ( $46,60 \pm 2,6$  балла), VI ( $46,60 \pm 5,5$ ), V ( $46,33 \pm 3,3$ ), I ( $45,56 \pm 3,54$ ) и IV ( $45,33 \pm 4,3$ ) группах. Самый низкий показатель ЛТ отмечен во II группе ( $42,5 \pm 3,6$ ). Статистически достоверные различия имели место только между II и другими группами.

Таким образом, по уровню ЛТ – негативному опыту фрустрации, запечатленному в характеристиках личности, наиболее неблагополучными являются представители III, VI и V, более благополучными – IV, II и I групп.

Исследование уровня РТ и ЛТ после СПТ (на 13–20-й день трезвости) у 111 больных выявило значительное снижение РТ (с  $41,42 \pm 3,56$  до  $34,24 \pm 4,64$ ) и ЛТ (с  $45,49 \pm 3,81$  до  $37,93 \pm 3,01$ ), что внешне проявлялось в их заторможенности.

В результате прекращения употребления алкоголя, после свершившегося факта лечения, по мере нарастания продолжительности трезвой жизни у пациентов нормализовались семейная жизнь, социально-производственный статус, не возникали стрессорные ситуации, связанные с запоем, СОА, влечением к алкоголю, заботами о состоянии здоровья, что и проявлялось снижением прежде всего уровня РТ. Снижение ЛТ, которая, по мнению авторов методики, не должна резко изменяться в течение такого короткого периода времени между исследованиями (10–40 дней), с нашей точки зрения, отражает глубокие позитивные изменения личности в результате СПТ. Кроме того, сам пациент после принятия решения о полной трезвости, добровольного выбора срока трезвости и сеанса лечения освобождается от борьбы мотивов: «пить или не пить», «лечиться или не лечиться», «на год или на всю жизнь» и т.д., что одновременно решает все проблемы и приводит к успокоению больного.

Уровень РТ после СПТ и дополнительной стресс-нагрузки незначительно повышался (до  $40,31 \pm 2,73$  против  $39,83 \pm 2,73$  балла на 6–15-й день трезвости), что отражало устойчивость к фрустрации на этом этапе и пределы мобилизационных реакций.

Изменилась после СПТ частота низких показателей РТ и ЛТ. Так, число больных с низкими значениями (< 45) РТ уменьшилось на 6–15-й день трезвости с 23,4 до 16,22%, со средними показателями РТ (31–45) – увеличилось с 44,68 до 52,25%. Число больных с высокими значениями РТ осталось прежним.

Удельный вес больных с низкими значениями ЛТ (< 31) увеличился с 13,95 до 28,95%; с нормальными значениями – уменьшился с 55,81 до 42,11%; с высокими значениями – снизился с 30,23 до 28,95%. Такая динамика частоты показателей РТ, ЛТ после СПТ подтверждает феномен резкого успокоения больных, повышения фрустрационной толерантности на начальном этапе становления ремиссии.

После СПТ на фоне дополнительной стресс-нагрузки количество больных с высокими показателями РТ уменьшилось с 26,19 до 23,19%, с низкими показателями – с 38,1 до 31,88%; со средними, нормальными показателями – увеличилось с 35,71 до 44,93%. Таким образом, дополнительная стресс-нагрузка после СПТ сопровождается явными мобилизационными реакциями, что свидетельствует о наличии аварийных лимитирующих механизмов у части больных на начальном этапе становления ремиссии.

Средние значения показателя РТ на этом этапе наиболее высоки (но в пределах нормы) в I группе ( $44,5 \pm 1,7$ ); значительно ниже (меньше нормы) – в VI ( $28,9 \pm 14,5$ ) и в III ( $31,2 \pm 2,8$ ) группах. Статистически достоверные различия сохраняются между I и остальными группами, а также III–IV, IV–V. После СПТ средние значения РТ во всех профессиональных группах (кроме IV) снизились на 2–10%. И по средним значениям, и по удельному весу больных с различными уровнями РТ частота статистически достоверных различий между анализируемыми группами уменьшилась, что свидетельствует о значительно большей однородности больных АЗ различных профессий после СПТ, чем до ее проведения.

Наибольшее число больных с высокими (> 45) значениями РТ после СПТ отмечалось в V (42,86%), наименьшее – в IV (18,18%) и во II (21,43%) группах. Статистически достоверные различия выявлены между I–IV, II–V и IV–V группами. Наибольшее число больных с низкими (< 31 балла) значениями РТ было в IV (36,36%), наименьшее – в VI (6,67%), II (7,14%), I (9,09%) группах. Статистически достоверными были различия между группами I–IV, II–III, II–IV, III–IV, IV–V, IV–VI. Наибольшее число больных с нормальными значениями РТ после СПТ было во II (71,43%) и VI (63,33%) группах, наименьшее – в III (38,71%). Статистически достоверные различия выявлены между группами II–III, II–IV, II–V, III–VI, V–VI.

Наибольшие средние значения РТ после сеанса СПТ и дополнительной стресс-нагрузки (выше нормы) выявлены в I ( $47,35 \pm 1,5$ ) и V ( $46 \pm 0,5$ ), наименьшие – в III группе ( $31,5 \pm 3,5$ ). Статистически достоверные различия имели место между всеми группами, кроме II–III и IV–VI. Наибольшее число больных с высокими (> 45) значениями РТ после СПТ и стресс-нагрузки было в V (55,56%), наименьшее – во II (10%), III (13,33%) и VI (14,29%) группах. Статистически достоверные различия отмечались между группами I–II, I–III, I–VI, II–IV, II–V, III–V, IV–V, V–VI. Наибольшее число больных с низкими (< 31) значениями РТ после стресс-нагрузки и СПТ мы зарегистрировали в III (66,67%), наименьшее – в VI (9,52%) и V (11,11%) группах. Статистически



Таблица 3

Обобщенные негативные характеристики РТ и ЛТ в баллах у больных алкогольной зависимостью различных профессий до и после стрессопсихотерапии

Негативные баллы	Группы					
	I	II	III	IV	V	VI
РТ до лечения	4	1	2	1	6	1
ЛТ до лечения	3	2	4	1	4	3
РТ после стрессопсихотерапии	2	1	2	1	2	2
ЛТ после стрессопсихотерапии	2	1	2	0	0	2
Всего баллов	11	5	10	3	12	8
Ранговое место группы	2-е	5-е	3-е	6-е	1-е	4-е

Примечание. В негативные баллы входят высокие показатели (> 45 баллов) тревоги и высокий процент ее встречаемости.

достоверными были различия между всеми группами, кроме I–II, I–III, II–IV, V–VI. Наибольший удельный вес больных со средними (нормальными) значениями РТ после СПТ и стресс-нагрузки наблюдался в VI (76,19%), наименьший – в I и IV (по 28,57%) группах. Статистически достоверные различия имели место между I–II, I–VI, II–III, II–IV, II–VI, III–VI, IV–VI, V–VI группами. Таким образом, наиболее неблагоприятными в отношении РТ и по показателям, и по частоте на начальном этапе становления ремиссии выглядят обследованные I и V групп, а наиболее благополучными – больные II, III, IV и VI групп.

Средние значения ЛТ у больных АЗ после СПТ были самыми высокими (но в пределах нормы) в I ( $43,5 \pm 2,5$ ), самые низкие (нижняя граница нормы) – в V ( $30,0 \pm 0,01$ ) и II ( $35,25 \pm 1,12$ ) группах. Статистически достоверные различия выявлены между группами I–II, I–III, I–IV, I–V, II–III, II–IV, II–V, III–V, IV–V, V–VI. Во всех обследованных группах уровень ЛТ как свойство, черта личности после СПТ снизился по отношению к 6–15-му дню трезвости на 5–15%. Наибольший удельный вес больных с высокими (> 45) значениями ЛТ мы отметили в I группе (50%); не было пациентов с такими значениями ЛТ в IV и V группах. Статистически достоверные различия выявлены между группами I–II, I–IV, I–V, II–III, II–IV, II–V, II–VI, III–IV, III–V, IV–VI, V–VI. Наибольшее число пациентов с низкими (< 31) показателями ЛТ отмечалось в V группе (100%); не было таких пациентов в I группе. Статистически достоверные различия выявлены между I и остальными группами, а также между II–V, III–V, III–VI, IV–V, IV–VI, V–VI группами. Больше всего лиц со средними, нормальными значениями ЛТ оказалось в IV (66,67%) и II (62,5%) группах, и не было таких больных в V группе. Статистически достоверные различия имеют место между группами I–III, I–V, II–III, II–V, II–VI, III–IV, III–V, III–VI, IV–V, IV–VI, V–VI.

При суммарной оценке негативных характеристик РТ на 6–15-й день трезвости больные различных групп распределились по следующим ранговым местам: первое – работники химпроизводств (V группа); второе – водители, трактористы (I группа); третье – лица, занятые в холодной обработке металла (III группа); четвертое – электрогазосварщики, ли-

тейщики (II группа), строительные рабочие (IV группа) и лица без профвредностей (VI группа).

При суммарной оценке негативных характеристик ЛТ на 6–15-й день трезвости на первом месте были работники химпроизводств (V группа); на втором месте – лица, занятые в холодной обработке металла (III группа); на третьем – водители, трактористы (I группа) и лица, не имеющие профвредностей (VI группа); на четвертом – электрогазосварщики, литейщики (II группа) и строительные рабочие (IV группа).

При суммарной оценке негативных характеристик РТ после СПТ (25–50-й день трезвости) на первом ранговом месте оказались водители, трактористы (I группа), лица, занятые в холодной обработке металла (III группа), строительные рабочие (IV группа) и лица без профвредностей (VI группа); на втором – электрогазосварщики, литейщики (II группа) и работники химпроизводств (V группа).

При суммарной оценке негативных характеристик ЛТ у больных различных профессий после СПТ первое место заняли водители, трактористы (I группа), лица, занятые в холодной обработке металла (III группа), лица без профвредностей (VI группа); второе – электрогазосварщики, литейщики (II группа); третье – строительные рабочие (IV группа) и работники химпроизводств (V группа).

При обобщении материалов этих ранговых мест, результаты которых представлены в табл. 3, выяснилось, что наиболее неблагоприятным по негативным характеристикам РТ и ЛТ как до СПТ, так и после нее, являются работники химпроизводств – V группа (первое место); затем водители, трактористы – I группа (второе место); лица, занятые в холодной обработке металла, – III группа (третье место); лица без профвредностей – VI группа (четвертое место); электрогазосварщики, литейщики – II группа (пятое место); строительные рабочие – IV группа (шестое место).

Результаты проведенного исследования позволили сделать заключение, что для каждой профессиональной группы больных АЗ характерна определенная частота высоких, нормальных и низких показателей РТ и ЛТ как на этапе остаточных явлений СОА, так и после СПТ. При суммарной оценке негативных

характеристик РТ и ЛТ (высокие показатели и большая частота) на первом и втором ранговых местах оказались работники химпроизводств, водители, трактористы и лица, занятые в холодной обработке металла.

После СПТ во всех этих профессиональных группах частота и уровни РТ и ЛТ статистически значительно снизились, что отражает снижение выраженности фрустрации.

Дополнительная стресс-нагрузка на 6–15-й день СОА, которая имеет диагностически-прогностическое значение, значительно снижала встречаемость низ-

ких значений РТ в IV и I профгруппах, что отражает сохранность мобилизационных реакций в этих группах. Увеличение встречаемости низких показателей РТ после нагрузки во II и V группах свидетельствует об истощении адаптационных реакций у больных АЗ с наличием в производственных процессах профвредностей токсического характера.

Выявленные изменения частоты встречаемости и средних величин РТ и ЛТ до и после СПТ могут служить интегральными показателями потенциала адаптации у больных АЗ.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Ананьев Б.Г.* О проблемах современного человекознания.— М.: Наука, 1977.— 205 с.
2. *Елисеев О.П.* Практикум по психологии личности.— С.Пб.: Питер, 2001.— 560 с.
3. *Артемчук А.Ф.* Интегральная наркология: некоторые теоретические и практические аспекты // Укр. вісн. психоневрол.— 2003.— Т. 11, вип. 2 (35).— С. 65–68.
4. *Ананьев Б.Г.* Человек как предмет познания.— Л.: Изд-во ЛГУ, 1968.— 165 с.
5. *Чернобровкина Т.В.* Феноменология наркоманического гомеостаза: от энзимодиагностики до энзимотерапии // Наркология.— 2004.— № 3.— С. 59–69.
6. *Артемчук А.Ф.* Математические модели экзозендоэкологических взаимодействий при подростково-юношеской алкогольной зависимости // Междунар. мед. журн.— 2002.— Т. 8, № 4.— С. 53–60.
7. *Панферов П.Н.* Психология человека.— С.Пб.: Изд-во В. А. Михайлова, 2000.— 287 с.
8. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга.— Л.: НИИФК, 1976.— 18 с.
9. *Ханин Ю.Л.* Тревожность как черта личности и свойство // Вопр. психол.— 1978.— № 6.— С. 95.

Поступила 28.05.2004

#### THE DEGREE AND DYNAMICS OF REACTIVE AND PERSONALITY ANXIETY AS AN INTEGRAL PARAMETER OF ADAPTATION POTENTIAL IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION

A.F. Artemchuk

#### S u m m a r y

The changes in the incidence and degree of reactive and personality anxiety were studied in patients of various professions with alcohol addiction before and after stress psychotherapy. The author concludes that these characteristics can be used as integral parameters of adaptation potential in patients with this pathology as well as prognostic criteria of the treatment quality.