

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Доц. И. М. СКВИРА

*Гомельский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь*

Рассмотрены рецидивоопасные клинические ситуации у лиц с алкогольной зависимостью при угрозе срыва ремиссии. Установлено, что при угрозе срыва ремиссии любой длительности по генерализованному клиническому фактору такие пациенты представляют собой однородную группу. На основе полученных данных сформулированы рекомендации по таргетной противорецидивной терапии больных с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, лечение.

Формирование ремиссии при алкогольной зависимости (АЗ) является чрезвычайно трудной задачей, так как, кроме хорошо известных терапевтических проблем, связано с еще более сложными проблемами реабилитационного периода. Отказ от алкоголя зависимой от него личности предъявляет высокие требования к адаптивным ресурсам организма в связи с изменением стереотипов поведения, затруднениями удовлетворения ряда потребностей неалкогольными способами или абсолютной депривацией их удовлетворения [1–5]. У пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) наблюдаются аффективные, диссомнические и другие психические и поведенческие расстройства, сопряженные с патологическим влечением к алкоголю (ПВА) и рецидивом АЗ [1, 2, 4–8]. Причем эти расстройства чаще носят субклинический, стертый характер [2, 7], маскируются и заменяются определенными видами деятельности [2, 8], когда, к примеру, депрессивный фон реминисцента компенсируется в повышенной профессиональной деятельности, неусидчивости, разговорчивости и даже в искусственно повышенном настроении [9], диссоциированном сочетании клиники депрессии с «алкогольным юмором», гипоманиакальным состоянием (феномен «Smile depression») [7]. Возникновение таких расстройств у ПАЗ в период воздержания от употребления алкоголя всегда является предиктором рецидива алкоголизации и требует неотложной диагностики [1, 2, 4–10].

Ранее эти состояния определялись нами как рецидивоопасные клинические ситуации (состояния) (РОКС) [11]. Поскольку остаются неизученными особенности РОКС у лиц с алкогольной зависимостью при угрозе срыва терапевтической ремиссии на различных этапах ее формирования, это стало целью настоящей работы.

Исследование проведено на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатри-

ческая больница». После трех этапов лечения согласно принятым в наркологии стандартам [2, 4, 12] нами было обследовано 93 ПАЗ в возрасте от 27 до 65 лет (шифр F10.200–202 согласно критериям МКБ-10 [12], адаптированным к Республике Беларусь). В данное исследование были включены только ПАЗ, обратившиеся за помощью для противорецидивного лечения в связи с возникшей угрозой срыва ремиссии и рецидива алкоголизации. Критериями исключения были пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F10.1), с другими психическими и поведенческими расстройствами.

Группа обследованных ПАЗ была разделена на три подгруппы с учетом этапов формирования ремиссии, принятых в современной наркологии [1]. I подгруппа состояла из 40 пациентов, находившихся на этапе становления ремиссии (включительно 1–6 мес воздержания от употребления алкоголя); II подгруппа ($n = 27$ пациентов) — на этапе стабилизации ремиссии (включительно 7–12 мес воздержания от употребления алкоголя); III подгруппу составили 26 ПАЗ, находившихся на этапе установившейся ремиссии с воздержанием от употребления алкоголя от 13 до 96 мес (медиана (Me) — 26,0 мес; нижняя квартиль (Q25) — 18,0 мес; верхняя квартиль (Q75) — 37,0 мес).

В ходе выполнения научной работы применялись анамнестический, психопатологический, экспериментально-психологический и лабораторный методы. С целью объективизации и возможности сравнения РОКС использовали разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [11].

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ , коэффициента ранговой корреляции Спирмена R_s , достоверности отличия по t -критерию Стьюдента и критерию со-

гласия χ^2) проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 6.0. Данные в трех подгруппах сравнивались с помощью непараметрического критерия Крускала – Уоллиса. Статистически значимой считалась 95%-ная вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Вначале было проведено сравнение I, II и III подгрупп по основным демографическим и клиническим параметрам (табл. 1).

Далее была установлена частота встречаемости РОКС в подгруппах сравнения (табл. 2).

При угрозе срыва ремиссии РОКС встречались примерно с одинаковой частотой, независимо от длительности воздержания пациента от употребления алкоголя ($p > 0,05$).

Степень выраженности (в баллах) РОКС в подгруппах сравнения была исследована с помощью специального опросника [11] (табл. 3).

По выраженности и частоте РОКС не было выявлено статистически значимых межгрупповых отличий как по отдельным признакам, так и по их сумме ($p > 0,05$). Однако замечена тенденция уменьшения выраженности специфических признаков первичного патологического влечения к алкоголю (ППВА) (тяга к алкоголю, индуцированное опьянение, алкогольные сновидения, псевдоабстинентный синдром, алкогольные навязчивости) по мере удлинения ремиссии, из-за чего уменьшалась и общая сумма РОКС ($p > 0,05$) (табл. 3).

Таблица 1

Общая характеристика пациентов в I, II и III подгруппах

Показатели	Вся группа, <i>n</i> = 93	Подгруппы сравнения			
		I, <i>n</i> = 40	II, <i>n</i> = 27	III, <i>n</i> = 26	
Пол	муж.	81 (87,10%)	34 (85,00%)	24 (88,89%)	23 (88,46%)
	жен.	12 (12,90%)	6 (15,00%)	3 (11,11%)	3 (11,54%)
Возраст, лет		39,86±10,77	39,64±10,43	40,70±11,24	39,31±12,10
Длительность АЗ, лет		8,93±4,10	9,12±4,34	9,15±5,27	8,41±4,86
Кратность лечения	1 раз	45 (48,39%)	18 (45,00%)	12 (44,44%)	15 (57,69%)
	2–3 раза	31 (33,33%)	12 (30,00%)	11 (40,74%)	8 (30,80%)
	более 3 раз	17 (18,28%)	10 (25,00%)	4 (14,82%)	3 (11,54%)

Примечание. Различия статистически значимы ($p < 0,05$): * между I и II подгруппами; ** между II и III подгруппами; *** между III и I подгруппами. То же в табл. 2, 3.

Таблица 2

Частота РОКС у пациентов

Показатели	Подгруппы сравнения					
	I, <i>n</i> = 40		II, <i>n</i> = 27		III, <i>n</i> = 26	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Плохое настроение	24	60,0	14	51,85	14	53,85
Плохое самочувствие	23	57,5	14	51,85	15	57,69
Тяга к алкоголю	22	55,0	11	40,74	10	38,46
Астения	21	52,5	14	51,85	12	46,15
Увеличение потребления кофе и/или чая	21	52,5	8	29,63	8	30,77
Раздражительность	19	47,5	15	55,56	15	57,69
Бессонница	18	45,0	13	48,15	9	34,62
Алкогольные навязчивости	18	45,0	13	48,15	7	26,92
Алгии	17	42,5	13	48,15	9	34,62
Алкогольные сновидения	16	40,0	7	25,93	9	34,62
Тревога	13	32,5	9	33,33	8	30,77
Учащение курения	11	27,5	8	29,63	7	26,92
Псевдоабстинентный синдром	7	17,5	6	22,22	7	26,92
Индуцированное опьянение	6	15,0	3	11,11	1	3,85
Гипоманиакальное состояние	2	5,0	3	11,11	2	7,69

Сравнительная характеристика средней выраженности РОКС у пациентов I, II и III подгрупп (баллы)

Показатели	Подгруппы		
	I, n = 40	II, n = 27	III, n = 26
	M±σ	M±σ	M±σ
Плохое настроение	0,95±1,03	0,89±1,03	1,25±0,71
Плохое самочувствие	0,89±0,99	0,61±0,99	0,88±0,64
Тяга к алкоголю	0,63±0,60	0,67±0,60	0,25±0,71
Астения	0,89±0,99	0,94±0,99	0,88±0,64
Увеличение потребления кофе и/или чая	0,84±1,16	0,83±1,16	0,88±1,25
Раздражительность	1,21±1,06	1,17±1,06	1,25±0,71
Бессонница	1,11±1,10	0,61±1,10	0,25±0,46
Алкогольные навязчивости	0,79±0,71	0,78±0,73	0,50±0,71
Алгии	1,05±1,03	0,89±1,03	0,63±0,52
Алкогольные сновидения	0,82±0,73	0,78±0,73	0,50±0,71
Тревога	0,53±0,61	0,83±0,61	0,88±0,64
Учащение курения	0,37±0,68	0,78±0,68	0,13±0,35
Псевдоабстинентный синдром	0,53±0,77	0,28±0,77	0,25±0,77
Индукцированное опьянение	0,47±0,84	0,28±0,84	0,13±0,35
Гипоманиакальное состояние	0,21±0,42	0,39±0,42	0,13±0,46
Сумма баллов	11,29±8,31	10,73±5,60	8,74±3,34

При дифференцированном анализе было установлено, что по мере удлинения ремиссии высокая степень градации хотя бы одного из специфических признаков ППВА встречалась все реже. Если на этапе становления ремиссии высокая степень градации признаков ППВА была у 19 (47,50%) из 40 пациентов, то на последующих этапах ремиссии – у 8 (29,63%) из 27 и 7 (26,92%) из 26 ПА3, соответственно ($p < 0,01$) (рис. 1).

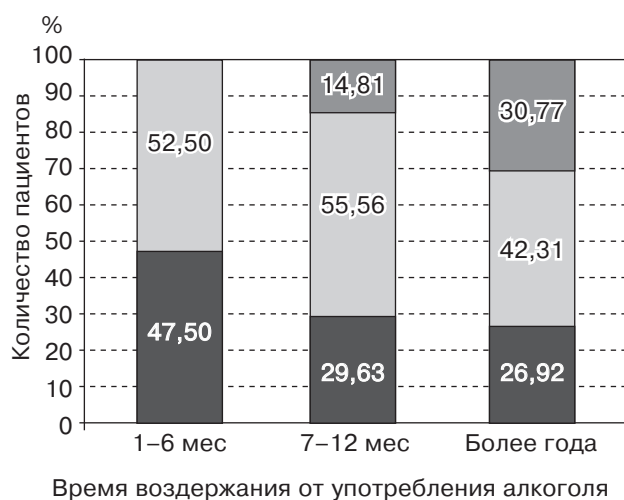


Рис. 1. Распределение по градации выраженности специфических РОКС у пациентов трех подгрупп: ■ – 0 баллов; □ – 1 балл; ■ – 2 или 3 балла

На этапе становления ремиссии хотя бы один из пяти вышеотмеченных признаков ППВА наблюдался у всех пациентов (100,0%), а на этапе установившейся ремиссии в ситуациях угрозы срыва ремиссии признаков ППВА у 8 (30,77%) из 26 человек не было выявлено ($p < 0,01$).

В то же время по градации выраженности хотя бы одного из неспецифических (напрямую не связанных с ППВА) РОКС (плохое самочувствие, раздражительность, слабость, плохое настроение

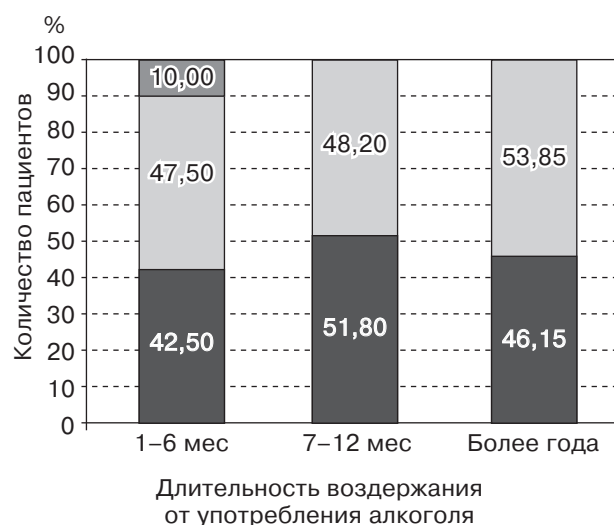


Рис. 2. Распределение по градации выраженности неспецифических РОКС у пациентов трех подгрупп: ■ – 0 баллов; □ – 1 балл; ■ – 2 или 3 балла

и тревога) количество ПАЗ в подгруппах идентично ($p > 0,05$) (рис. 2).

Далее в трех подгруппах сравнения был вычислен коэффициент ранговой корреляции Спирмена. В I подгруппе пациентов с интегральной выраженностью РОКС значимую корреляцию имели (в порядке убывания степени значимости): астения ($R_s = 0,84; p < 0,01$), плохое настроение ($R_s = 0,82; p < 0,01$), плохое самочувствие ($R_s = 0,79; p < 0,01$), псевдоабстинентный синдром ($R_s = 0,79; p < 0,01$), индуцированное опьянение ($R_s = 0,75; p < 0,05$), алгии ($R_s = 0,74; p < 0,05$), раздражительность ($R_s = 0,74; p < 0,05$), бессонница ($R_s = 0,64; p < 0,05$) и тревога ($R_s = 0,64; p < 0,05$).

Во II подгруппе пациентов с интегральной выраженностью РОКС корреляцию имели (в порядке убывания степени значимости): тяга к алкоголю ($R_s = 0,78; p < 0,01$), гипоманиакальное состояние ($R_s = 0,72; p < 0,05$), псевдоабстинентный синдром ($R_s = 0,71; p < 0,05$), учащение курения ($R_s = 0,71; p < 0,05$), алгии ($R_s = 0,69; p < 0,05$), плохое настроение ($R_s = 0,69; p < 0,05$), индуцированное опьянение ($R_s = 0,65; p < 0,05$), увеличение потребления кофе и/или чая ($R_s = 0,65; p < 0,05$) и тревога ($R_s = 0,62; p < 0,05$).

В III подгруппе пациентов корреляция РОКС с интегральной их выраженностью была следующей (в порядке убывания): тревога ($R_s = 0,63; p < 0,05$), бессонница ($R_s = 0,58; p > 0,05$), плохое самочувствие ($R_s = 0,56; p > 0,05$), раздражительность ($R_s = 0,56; p > 0,05$), плохое настроение ($R_s = 0,56; p > 0,05$), тяга к алкоголю ($R_s = 0,56; p > 0,05$), увеличение потребления кофе и/или чая ($R_s = 0,49; p > 0,05$) и астения ($R_s = 0,43; p > 0,05$).

Уменьшение (по мере удлинения ремиссии) степени корреляции изучаемых признаков с интегральной их выраженностью свидетельствует о падении значения ($p < 0,05$) практически всех РОКС, кроме тревоги, значимость которой остается практически неизменной ($p > 0,05$).

В результате проведенных ранее исследований нами было установлено, что у ПАЗ по субклиническим признакам психических, соматических, вегетативных дисфункций и специфическим клиническим проявлениям АЗ, обозначенным как РОКС, на различных этапах формирования компенсированной ремиссии наблюдались статистически и клинически значимые отличия [13]. В настоящем исследовании было установлено, что при возникновении у лиц с алкогольной зависимостью ситуаций, угрожающих рецидивом алкоголизации, как по частоте встречаемости, так и по выраженности клинических симптомов длительность ремиссии практически не имела значения ($p > 0,05$). С возникновением угрозы срыва терапевтической ремиссии, независимо от ее длительности, все па-

циенты были обеспокоены возможностью рецидива, при этом они озвучивали свои опасения словами, указывающими на прямую («появилась тяга к алкоголю», «чуть не выпил», «боюсь сорваться» и т. д.) или косвенную («хотел с помощью алкоголя снять стресс») связь со стержневым синдромом заболевания — влечением к алкоголю.

Практически все ПАЗ в ситуации явной или латентной (субклинической) угрозы рецидива терапевтической ремиссии идентифицируют наличие «тяги к алкоголю». В отношении обнаруженной в данном исследовании тенденции отсутствия признаков ППВА у 8 (30,77%) из 26 человек с угрозой рецидива на этапе установившейся ремиссии можно предполагать следующее. Влечение к алкоголю, даже при самых длительных и качественных ремиссиях, не может исчезнуть абсолютно, так как, во-первых, сохраняется его биологическая патофизиологическая основа в форме церебрального пейсмекежного (пускового) центра [14], во-вторых, в РОКС имеется виртуальная возможность актуализации влечения через мысли, представления, чувства, хранящиеся в матрицах памяти (психологическая основа), в-третьих, пациенты, находящиеся в ремиссии, живут в обществе и не могут быть свободными от него. В общественном сознании нередки представления алкоголя как копинг-фактора совладания со стрессом, что постоянно довлеет над пациентами (тем более что у многих из них в прошлом алкоголь был единственным копингом «социального геноза»). Вот почему, если у некоторых пациентов в РОКС и не обнаруживаются признаки влечения к алкоголю, то в силу прессинга проалкогольного социума или собственных воспоминаний они могут в мыслях обратиться к алкоголю как копинг-фактору. И единственным спасением от срыва ремиссии во всех этих случаях было сохраняющееся, полученное в процессе участия в терапевтической программе знание о неизбежности возврата болезни при употреблении минимальных доз алкоголя и нежелание этого.

ПАЗ в ситуациях угрозы срыва терапевтической ремиссии, независимо от длительности предшествующего воздержания от употребления алкоголя, необходимо считать по генерализованному фактору РОКС однородной группой, однако требующей дифференцированного индивидуального подхода (с учетом классификационных основ и полимодальности факторов риска рецидивов алкогольной болезни), подхода к лечебно-диагностическим мероприятиям согласно принятым стандартам оказания наркологической помощи, а также, безусловно, с учетом соблюдения основных принципов лечения алкогольной зависимости (абсолютная трезвость, добровольность, индивидуальность и комплексность).

Список литературы

1. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия /

О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбакова, П. Д. Шабанов.— СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002.— 192 с.

2. *Сосин И. К.* Наркология / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев.— Харьков: Коллегиум, 2005.— 800 с.
3. *Аймедов В. К.* Різниця між сприйняттям «себе реального», «себе ідеального» та «себе у стані алкоголізації» у чоловіків з алкоголізмом / В. К. Аймедов, Д. В. Возний // *Арх. психіатрії.*— 2012.— Т. 19, № 1 (72).— С. 147.
4. *Артемчук А. Ф.* Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний / А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкина; под ред. Т. В. Чернобровкиной.— Харьков: Коллегиум, 2013.— 1148 с.
5. *Дубинина Л. А.* Особенности реадaptации больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии / Л. А. Дубинина, И. Ю. Бакман // *Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 110-летию кафедры психиатрии и наркологии С.-Петербургского ГМУ им. акад. И. П. Павлова, СПб., 10 декабря 2010 г.*— СПб.: Изд. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2010.— С. 110.
6. *Jenkins C. O. E.* Attachment avoidance and anxiety as predictors of 2-Step Group Engagement / С. О. Е. Jenkins, J. Tonigan // *J. Stud. Alcohol Drugs.*— 2011.— Vol. 72.— P. 854–863.
7. *Сайков Д. В.* Алкогольная депрессия: моногр. / Д. В. Сайков, И. К. Сосин.— Харьков: Коллегиум, 2004.— 336 с.
8. *Постнов В. В.* Заместительные нехимические аддикции у больных алкоголизмом в ремиссии / В. В. Постнов // *Наркология.*— 2009.— № 11.— С. 84.
9. *Wisnak S. C.* International gender and alcohol research: recent findings and future directions / S. C. Wisnak, R. W. Wisnak // *Alcohol Res. Health.*— 2002.— Vol. 26, № 4.— P. 245–250.
10. Prognostic Factors During Outpatient Treatment for Alcohol Dependence: Cohort Study with 6 months of Treatment Follow-up / P. Aguiar, D. Neto, R. Lambaz [et al.] // *Alcohol and Alcoholism.*— 2012.— Vol. 17.— P. 1–9.
11. *Сквира И. М.* Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И. М. Сквира // *Сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины»: в 4 т.; ред. колл. А. Н. Лызикив [и др.]*.— Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008.— Т. 3.— С. 190–193.
12. Діагностика і терапія психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин: посібник для лікарів / О. І. Мінко, І. В. Лінський, О. С. Самойлова [та ін.]— Харків: Плеяда, 2009.— 108 с.
13. *Сквира И. М.* Рецидивоопасные клинические состояния у лиц с алкогольной зависимостью при формировании компенсированной терапевтической ремиссии / И. М. Сквира // *Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.*— 2008.— № 2 (14).— С. 90–93.
14. Кіндлінг в патогенезі наркологічних захворювань / Е. В. Мельник, О. І. Панайотов, В. С. Бітенський, В. К. Аймедов // *Одеський мед. журн.*— 2003.— № 6 (80).— С. 45–47.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВОНЕБЕЗПЕЧНИХ КЛІНІЧНИХ СТАНІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ РЕМІСІЇ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

І. М. СКВИРА

Розглянуто рецидивонебезпечні клінічні ситуації в осіб з алкогольною залежністю при загрозі зриву ремісії. Установлено, що при загрозі зриву ремісії будь-якої тривалості за генералізованим клінічним фактором такі пацієнти являють собою однорідну групу. На основі отриманих даних сформульовано рекомендації щодо таргетної протирецидивної терапії хворих із алкогольною залежністю.

Ключові слова: алкогольна залежність, ремісія, рецидивонебезпечні клінічні ситуації, лікування.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL STATES PRONE TO RELAPSES AT VARIOUS STAGES OF FORMING REMISSION AT ALCOHOL ADDICTION

I. M. SKVIRA

The author features clinical situations prone to relapses in persons with alcohol addiction at danger of remission disruption. It was established that at danger of remission disruption of any duration by a generalized clinical factor, these patients form a uniform group. The obtained findings were used to formulate recommendations on target anti-relapse therapy in patients with alcohol addiction.

Key words: alcohol addiction, remission, clinical situations prone to relapses, treatment.

Поступила 24.07.2013