

УДК 616.89-008.441.13-052-036.66

<https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-3-02>

## Клинико-психологические особенности пациентов с алкогольной зависимостью при формировании терапевтической ремиссии высокого качества

И. М. Сквиря, М. И. Сквиря, Б. Э. Абрамов

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

### Резюме

**Цель исследования.** Выявить клинико-психологические особенности, способствующие становлению терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ).

**Материалы и методы.** Проведено комплексное (клиническое, экспериментально-психологическое, статистическое) сравнительное исследование 79 ПАЗ на этапе становления терапевтической ремиссии (из них 39 человек в ремиссии высокого качества и 40 — в ремиссии низкого качества) и 42 практически здоровых лиц в возрасте от 27 до 55 ( $40,18 \pm 10,2$ ) лет.

**Результаты.** Установлено, что состояние ПАЗ в ремиссии высокого качества отличалось от состояния пациентов с угрозой рецидива и здоровых лиц достоверно меньшим количеством жалоб на здоровье ( $p < 0,05$ ), более высокими показателями психологического функционирования ( $p < 0,01$ ) и высоким уровнем активации неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Для становления качественной и длительной терапевтической ремиссии у ПАЗ требуется не только специфические изменения с ослаблением проявлений болезни, но и высокий уровень НАРО, обеспечивающий энергетическое поддержание процесса выздоровления с интеграцией в здоровое общество.

**Ключевые слова:** *алкогольная зависимость, ремиссия, рецидивоопасные клинические ситуации, неспецифическая адаптационная реакция организма*

**Вклад авторов.** Все авторы внесли существенный вклад в проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочитали и одобрили финальную версию для публикации.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Источники финансирования.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Для цитирования:** Сквиря И.М., Сквиря М.И., Абрамов Б.Э. Клинико-психологические особенности пациентов с алкогольной зависимостью при формировании терапевтической ремиссии высокого качества. *Проблемы здоровья и экологии.* 2023;20(3):13–18. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-3-02>

## Clinical and psychological characteristics of alcohol-dependent patients in the formation of high quality therapeutic remission

Ivan M. Skvira, Mikhail I. Skvira, Boris E. Abramov

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

### Abstract

**Objective.** To identify clinical and psychological features that contribute to the formation of therapeutic remission in patients with alcohol dependence (PAD).

**Materials and methods.** A comprehensive (clinical, experimental, psychological, statistical) comparative study was conducted of 79 PAD at the stage of therapeutic remission (including 39 people in high-quality remission and 40 in low-quality remission) and 42 practically healthy individuals aged 27 to 55 ( $40.18 \pm 10.2$ ) years.

**Results.** It was found that the condition of patients with high-quality PAD in remission differed from the condition of patients with the threat of relapse and healthy individuals with significantly fewer health complaints ( $p < 0.05$ ), higher indicators of psychological functioning ( $p < 0.01$ ) and a high level of activation of the nonspecific adaptive reaction of the body (NARB) ( $p < 0.001$ ).

It was found that the state of PAD in high remission differed from that of patients at risk of relapse and healthy individuals by a significantly lower number of health complaints ( $p < 0.05$ ), higher indicators of psychological functioning ( $p < 0.01$ ) and a high level of activation of nonspecific adaptive response of the body (NARB) ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion.** The formation of qualitative and long-term therapeutic remission in PAD requires not only specific changes with a weakening of the manifestations of the disease, but also a high level of NARB, which provides energy support for the process of recovery with integration into a healthy society.

**Keywords:** *alcohol dependence, remission, relapse-dangerous clinical situations, nonspecific adaptive reaction of the body*

**Author contributions.** All the authors made a significant contribution to the search and analytical work and preparation of the article, read and approved the final version for publication.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Funding.** The study was conducted without sponsorship.

**For citation:** Skvira IM, Skvira MI, Abramov BE. Clinical and psychological characteristics of alcohol-dependent patients in the formation of high quality therapeutic remission. *Health and Ecology Issues*. 2023;20(3):13–18. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2023-20-3-02>

## Введение

Алкогольная зависимость (АЗ) остается одной из самых социально значимых проблем для нашего государства, в связи с чем считается крайне важным найти способы объективной оценки эффективности ее лечения и качества ремиссии [1, 2]. Проблема здесь возникает, прежде всего, из-за ранних срывов и рецидивов заболевания, происходящих, по данным большинства авторов, в первые месяцы после лечения [3–6]. Изучение типологии состояний ПАЗ в зависимости от длительности лишения алкоголя показало, что в течении этого заболевания имеются типичные, стереотипно повторяющиеся фазы: синдром отмены алкоголя длительностью до одной недели; постабстинентное состояние длительностью в пределах до трех недель; ремиссия (определяется как устойчивая клиническая компенсация) [7].

Выделяют три этапа формирования ремиссии, очерчивая их временными промежутками в 1–6 месяцев (этап становления ремиссии), 7–12 месяцев (этап стабилизации ремиссии) и более 12 месяцев (этап установившейся ремиссии) [3]. В то же время было установлено, что в условиях длительного (более пяти лет) вынужденного воздержания от употребления алкоголя формирование ремиссии на каждом этапе затягивается во времени, а у части ПАЗ даже после пятилетнего периода трезвости ремиссию так и не удалось сформировать [8]. Следовательно, понятие «ремиссия» не идентично понятию «воздержание от употребления алкоголя», даже если оно и весьма длительное.

Считается, что к формированию ремиссий как образований со стабилизацией состояния пациентов на уровне, близком к «практическому здоровью», естественно, сводятся все терапевтические усилия наркологов [3]. Но достаточно ли ПАЗ, для того чтобы формировалась качественная и длительная терапевтическая ремиссия, чувствовать себя так, как здоровые люди? Ре-

зультатов таких исследований мы не встречали.

## Цель исследования

Выявить клинико-психологические особенности, способствующие становлению терапевтической ремиссии у лиц с АЗ.

## Материалы и методы

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» обследовано 79 ПАЗ в возрасте от 27 до 55 лет на этапе становления ремиссии (шифр F 10.200–201 по МКБ-10), из которых I группа ПАЗ состояла из 39 человек в ремиссии высокого качества (РВК), а II группа из 40 ПАЗ (лица, обратившиеся за помощью для противорецидивного лечения) находилась в ремиссии низкого качества (РНК) с различными рецидивоопасными клиническими состояниями (РОКС) [9]. В III, контрольную группу, состоящую из 42 человек, были включены здоровые лица, прошедшие ежегодный обязательный профилактический осмотр и допущенные к работе как практически здоровые люди. Средний возраст лиц трех групп —  $40,18 \pm 10,2$  года. Общим критерием для включения во все группы было информированное согласие на участие в исследовании. Для ПАЗ обязательным условием включения в исследование было добровольное обращение за помощью в лечении АЗ. Для всех участников критериями исключения были другие установленные психические и поведенческими расстройства, острые соматические заболевания. Все три группы были репрезентативны по основным социально-демографическим показателям (возрасту, полу, социальному положению) ( $p > 0,05$ ).

В ходе выполнения работы применены клинический, экспериментально-психологический и лабораторный методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния был применен разработанный нами опросник, позволяющий выявлять и оценивать

даже слабо выраженные жалобы. Он включал 15 вопросов о РОКС, встречающихся у лиц с АЗ в период воздержания от употребления алкоголя (таблица 1), частоту встречаемости которых отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах, что оценивалось соответственно как 3, 2, 1 и 0 баллов [9]. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2019. Сравнение данных в трех группах проводилось с помощью непараметрического критерия Краскела – Уоллиса. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ( $p = 0,05$ ).

## Результаты и обсуждение

Частота встречаемости РОКС в группах при-

ведена в таблице 1. В сравнении с I группой во II чаще встречались «плохое самочувствие», «астения», «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «псевдоабстинентный синдром», «увеличение потребления кофе и/или чая», «тревога» и «тяга к алкоголю» ( $p < 0,05$ ). В сравнении с III группой во II группе чаще встречались «индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «алкогольные сновидения», «псевдоабстинентный синдром», «кофеин больше» и «тяга к алкоголю» ( $p < 0,05$ ). В сравнении с I группой в III группе чаще встречались «алгии», «плохое самочувствие», «плохое настроение», «раздражительность», «астения», «бессонница» и «тревога», а реже — только «алкогольные сновидения» ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1. Частота клинических признаков в группах сравнения  
Table 1. Frequency of clinical signs in comparison groups

Рецидивоопасные клинические состояния	Группа I — РВК		Группа II — РНК		Группа III — здоровые	
	n	%	n	%	n	%
Алгии	17	43,59	17	42,50 <sup>2)</sup>	37	88,10 <sup>3)</sup>
Плохое самочувствие	9	23,08 <sup>1)</sup>	24	60,00 <sup>2)</sup>	39	92,86 <sup>3)</sup>
Раздражительность	19	48,72	19	47,50 <sup>2)</sup>	40	95,24 <sup>3)</sup>
Астения	10	25,64 <sup>1)</sup>	21	52,50 <sup>2)</sup>	38	90,48 <sup>3)</sup>
Бессонница	12	30,80	18	45,0 <sup>2)</sup>	29	69,05 <sup>3)</sup>
Плохое настроение	18	46,15	24	60,0	28	66,67 <sup>3)</sup>
Гипоманиакальное состояние	2	5,13	4	10,0	8	19,05
Индукцированное опьянение	2	5,13 <sup>1)</sup>	6	15,0 <sup>2)</sup>	0	0,0
Алкогольные навязчивости	6	15,40 <sup>1)</sup>	18	45,0 <sup>2)</sup>	3	7,14
Алкогольные сновидения	14	35,90	16	40,0 <sup>2)</sup>	2	4,76 <sup>3)</sup>
Псевдоабстинентный синдром	2	5,10 <sup>1)</sup>	7	17,50	6	14,29
Учащение курения	8	20,51	11	27,50	4	9,52
Увеличение потребления кофе и/или чая	10	25,64 <sup>1)</sup>	21	52,50 <sup>2)</sup>	11	26,19
Тревога	5	12,82 <sup>1)</sup>	13	32,50	16	38,10 <sup>3)</sup>
Тяга к алкоголю	12	30,77 <sup>1)</sup>	22	55,0 <sup>2)</sup>	9	21,43
Нет жалоб	5	12,82 <sup>1)</sup>	0	0	0	0,0 <sup>3)</sup>
Всего пациентов	39	100	40	100	42	100

<sup>1)</sup>Различия между I и II группой достоверны ( $p < 0,05$ ).

<sup>2)</sup>Различия между II и III группой достоверны ( $p < 0,05$ ).

<sup>3)</sup>Различия между III и I группой достоверны ( $p < 0,05$ ).

Суммарная выраженность РОКС у пациентов II группы составила  $11,29 \pm 8,30$  балла, что больше, чем у пациентов с РВК ( $4,84 \pm 3,80$  балла,  $p < 0,001$ ) и чем у лиц контрольной группы ( $8,50 \pm 4,89$  балла,  $p < 0,01$ ).

При дифференцированном анализе было

установлено, что процент лиц III группы с высокой градацией выраженности хотя бы одного из неспецифических клинических признаков («плохое самочувствие», «раздражительность», «астения», «плохое настроение» и «тревога») оказался близким II группе ( $p > 0,05$ ) и большим,

чем у лиц I группы (рисунок 1) ( $p < 0,001$ ).

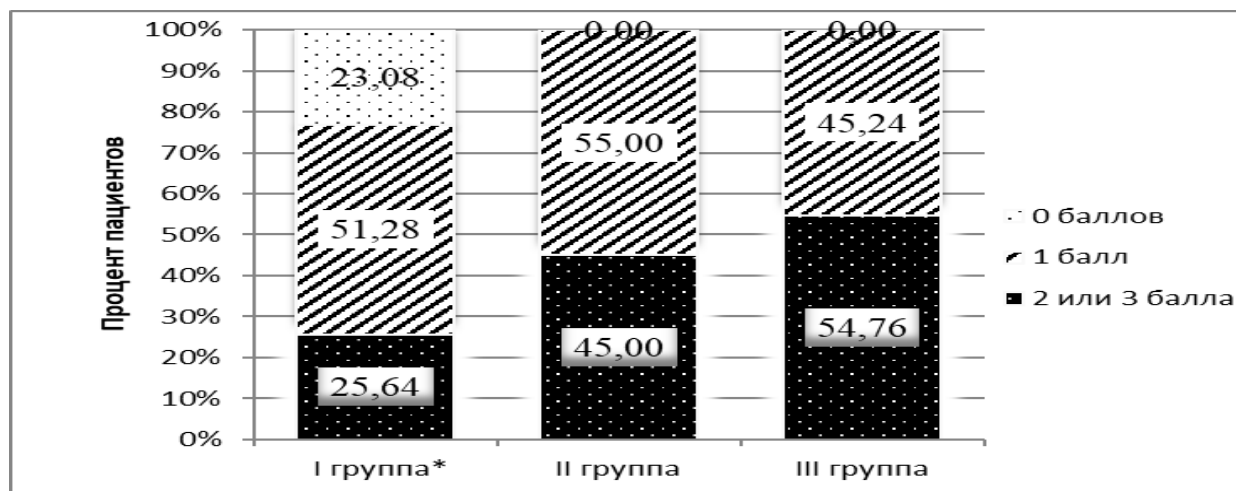


Рисунок 1. Распределение по градации выраженности неспецифических РОКС  
Figure 1. Distribution by gradation of severity of nonspecific RCC

\*Статистические отличия ( $p < 0,001$ ) групп: I–II и I–III.

Количество пациентов с высокой градацией выраженности специфических, характеризующих наличие влечения к алкоголю признаков («индуцированное опьянение», «алкогольные навязчивости», «алкогольные сновидения», «псевдоабстинентный синдром» и «тяга к алкоголю»),

оказалось сопоставимым среди пациентов I и III групп ( $p > 0,05$ ) и значительно меньшим, в сравнении с пациентами II группы ( $p < 0,001$ ).

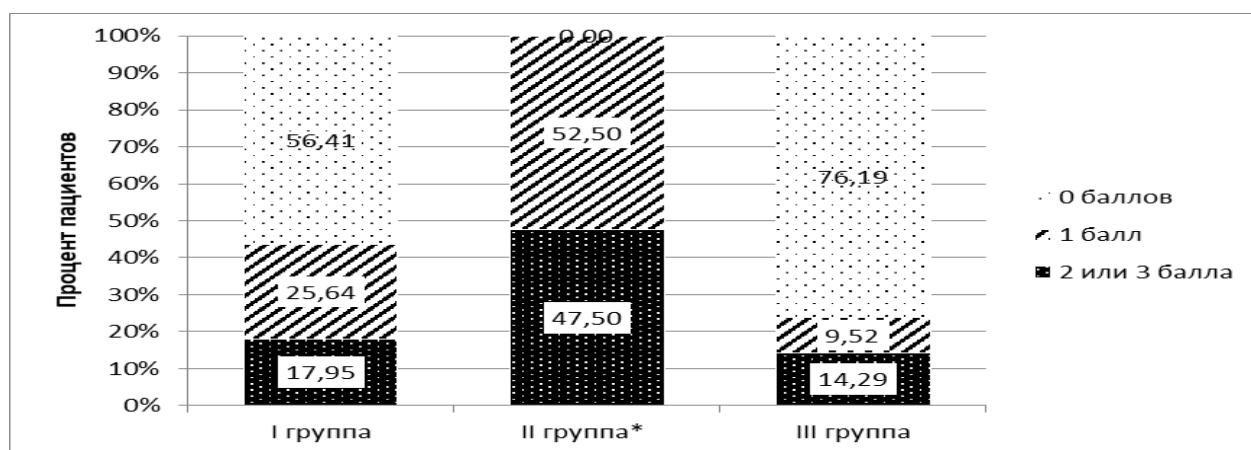


Рисунок 2. Распределение по градации выраженности специфических РОКС  
Figure 2. Distribution by gradation of severity of specific RCC

\*Статистические отличия ( $p < 0,001$ ) групп: I–II и II–III.

Все 40 (100 %) пациентов II группы имели разной степени выраженности признаки влечения к алкоголю, в то время как 22 (56,41 %) из 39 пациентов I группы и 32 (76,19 %) из 42 человек III группы признаков влечения к алкоголю не обнаруживали (рисунок 2).

При патопсихологическом и лабораторном

исследовании также было установлено, что состояние пациентов с АЗ в РВК отличалось от состояния пациентов с угрозой рецидива и здоровых лиц более высокими показателями психологического функционирования ( $p < 0,01$ ) [9] и высоким уровнем активации НАРО ( $p < 0,001$ ) [10].

Таким образом, в результате проведенного нами исследования впервые получены данные, что при лечении ПАЗ стремление добиться ослабления проявлений болезни до уровня состояния здоровых лиц недостаточно для формирования качественной и длительной ремиссии. Как оказалось, ПАЗ в РВК отличались от пациентов в РНК и здоровых лиц статистически значимо меньшим количеством субклинических жалоб на здоровье, более высокими показателями качества жизни, самооценки, активности, настроения ( $p < 0,01$ ) [9]. Иными словами, они находились в состоянии заметного душевного и физического подъема, высокой внутренней мобилизации, способствующей позитивному мышлению и успешному регулированию эмоций [10]. А как было доказано рядом зарубежных исследователей в недавних исследованиях, позитивное мышление с успешным регулированием эмоций способствует длительному благополучию, психологическому здоровью, достижению целей [11, 12]. Мы считаем, что кроме специфических терапевтических изменений, происшедших с этими пациентами в процессе лечения синдрома зависимости, таких как высокий уровень осознания болезни, высокие терапевтические установки на лечение, трезвость и социально значимые цели вместе с хорошим клиническим состоянием, у этих лиц была НАРО в степени активации, которая и обеспечивала формирование и поддержание ремиссии в самый трудный период — на этапе ее становления. Благодаря такому системному изменению и взаимодействию организма и личности этих пациентов они смогли преодолеть биопсихосоциальные факторы дестабилизации ремиссии, закономерно действующие в это время [3–10, 13], в отличие от лиц с ремиссией низкого качества, отличающихся низким уровнем НАРО, что легко приводило их от малейших факторов к скуке, унынию,

печали и другим неприятным эмоциональным реакциям, что внешне напоминало состояние душевного спада с депрессивными, тревожными, ипохондрическими и другими субклинически выраженными состояниями [9]. Но если для здоровых лиц такой спад был временным явлением, быстро проходившим при их мобилизации реальными жизненными событиями, то для ПАЗ такое угнетенное, даже очень кратковременное, душевное состояние было недопустимо, ибо легко могло привести к срыву ремиссии [9, 10]. Обратившиеся за противорецидивной терапией пациенты это прямо и подтверждали своими словами («чуть не сорвался», «еле сдержался, чтобы не выпить» и т. п.). Однако то, что пациенты в РНК обратились за помощью, а не возобновили употребление алкоголя, является важным доказательством роли личности человека в своей судьбе и того, что высокая степень влечения к алкоголю не всегда является прогностическим фактором рецидива алкоголизма.

### Заключение

Для становления качественной и длительной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью требуются не только специфические терапевтические изменения с ослаблением проявлений болезни «алкогольная зависимость» до уровня практического здоровья, но также высокий и стабильный, по длительности как минимум до формирования полной ремиссии, уровень неспецифической адаптационной реакции организма, обеспечивающий энергетическое поддержание позитивного, саногенетического мышления, ведения нового, здорового образа жизни и противодействие факторам дестабилизации ремиссии.

### Список литературы / References

- Максимчук В.П., Копытов А.В. Оценка уровня алкоголизации населения в различных регионах Республики Беларусь. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019;10(3):379-388.  
Maksimchuk VP, Kopytov AV. Assessment of the level of alcoholization of the population in various regions of the Republic of Belarus. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2019;10(3):379-388. (In Russ.).
- Объедков В.Г., Скугаревский О.А. Об эффективности работы в психиатрии и наркологии, итогах работы психиатрической и наркологической служб РБ за 2010 год и задачах на 2011 год. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2011;(2):142-147.  
Objedkov VG, Skugarevsky OA. On the effectiveness of work in psychiatry and narcology, the results of the work of psychiatric and narcological services of the Republic of Belarus for 2010 and tasks for 2011. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2011;(2):142-147. (In Russ.).
- Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкоголь-ная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. СПб., РФ: «ЭЛБИ-СПб»; 2002. 192 с.  
Yeryshev OF, Rybakova TG, Shabanov PD. Alcohol dependence: formation, course, anti-relapse therapy. St. Petersburg, RF: "ELBI-SPb"; 2002. 192 p. (In Russ.).
- Иванец Н.Н., Винникова М.А. Наркология. Москва, РФ: «ГЭОТАР-Медиа»; 2020. 699 с.  
Ivanets NN, Vinnikova MA. Narcology. Moscow, Russia: GEOTAR-Media; 2020. 699 p. (In Russ.).
- Кирпиченко А.А. Ремиссии у женщин с алкогольной зависимостью. *Медицина*. 2003;(4):37-39.  
Kirpichenko AA. Remissions in women with alcohol addiction. *Medicine*. 2003; (4):37-39. (In Russ.).
- Sussman S. Substance and Behavioral Addictions. University of Southern California: Cambridge University Press; 2017; 401 p.
- Даренский И.Д. Аддиктивный цикл. Москва, РФ: «Логос»; 2008. 256 с.  
Darensky ID. The addictive cycle. Moscow, RF: Logos;

2008. 256 p. (In Russ.).

8. Беседина О.Б., Корнилов А.А. Формирование ремиссий при алкогольной зависимости в условиях пенитенциарных учреждений. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006;(1); 49-51.

Besedina OB, Kornilov AA. The formation of remissions for alcohol dependence in penitentiary institutions. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2006;(1);49-51. (In Russ.).

9. Сквира И.М. Новый способ квантифицированной оценки качества ремиссии алкогольной зависимости. *Проблемы здоровья и экологии*. 2018;(4):98-103.

DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2018-15-4-19>

Skvira IM. A new method of quantified assessment of the quality of remission of alcohol dependence. *Health and Ecology Issues*. 2018;(4):99-103. (In Russ.).

DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2018-15-4-19>

10. Сквира И.М. Неспецифические адаптационные реакции как критерий при алкогольной зависимости. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2013;(1):94-99.

Skvira IM. Nonspecific adaptive reactions as a criterion for alcohol dependence. *The textbook of psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2013;(1):94-99. (In Russ.).

11. Tamir M. Why Do People Regulate Their Emotions? A Taxonomy of Motives in Emotion Regulation. *Pers Soc Psychol Rev*. 2016 Aug;20(3):199-222.

DOI: <https://doi.org/10.1177/1088868315586325>

12. Kelley NJ, Glazer JE, Pornpattananangkul N, Nusslock R. Reappraisal and suppression emotion-regulation tendencies differentially predict reward-responsivity and psychological well-being. *Biol Psychol*. 2019 Jan;140:35-47.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.11.005>

13. Игумнов С.А., Станько Э.П. Оценка риска развития рецидива у пациентов с ВИЧ-сочетанной наркозависимостью. *Медицинский журнал*. 2020; (2):60-66.

Igumnov SA, Stanko EP. Assessment of the risk of relapse in patients with HIV-related drug addiction. *Medical Journal*. 2020;(2):60-66. (In Russ.).

## Информация об авторах / Information about the authors

**Сквира Иван Михайлович**, д.м.н., доцент, заведующий курсом психиатрии кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии и ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-3773>

e-mail: [imskvira@mail.ru](mailto:imskvira@mail.ru)

**Сквира Михаил Иванович**, магистр психологии, ассистент курса психиатрии кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии и ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5537-9018>

**Абрамов Борис Эвильевич**, ассистент курса психиатрии кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии и ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9326-0551>

e-mail: [psychiatry@gsmu.by](mailto:psychiatry@gsmu.by)

**Ivan M. Skvira**, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Psychiatry course of the Department of Neurology and Neurosurgery with courses of Medical Rehabilitation, Psychiatry, Faculty of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-3773>

e-mail: [imskvira@mail.ru](mailto:imskvira@mail.ru)

**Mikhail I. Skvira**, Master of Psychology, Psychiatry course Assistant, Department of Neurology and Neurosurgery with courses of Medical Rehabilitation, Psychiatry, Faculty of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5537-9018>

**Boris E. Abramov**, Assistant of the course of Psychiatry, Department of Neurology and Neurosurgery with courses of Medical Rehabilitation, Psychiatry, Faculty of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9326-0551>

e-mail: [psychiatry@gsmu.by](mailto:psychiatry@gsmu.by)

## Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

**Сквира Иван Михайлович**

e-mail: [imskvira@mail.ru](mailto:imskvira@mail.ru)

**Ivan M. Skvira**

e-mail: [imskvira@mail.ru](mailto:imskvira@mail.ru)

Поступила в редакцию / Received 30.03.2023

Поступила после рецензирования / Accepted 02.05.2023

Принята к публикации / Revised 07.08.2023