

Социальные факторы в генезе ранних рецидивов алкогольной зависимости

Проблема лечения пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) чрезвычайно актуальна в связи с масштабами распространения, величиной экономических, демографических и нравственных потерь [1, 2].

Еще более эта проблема усугубляется тем, что при всем многообразии подходов и техник не разработаны критерии оценки качества ремиссии АЗ и конечная эффективность терапии пациентов с АЗ, определяемая длительностью ремиссии, продолжает оставаться совершенно недостаточной [3].

Особенно трудными в становлении ремиссии считаются первые месяцы воздержания от употребления алкоголя. В этот период пациенты с АЗ испытывают неуверенность, психическое напряжение, нередко – влечение к алкоголю; жалуются на скуку, неустойчивое настроение, пустоту; у них появляется страх перед трезвостью, развиваются расстройства адаптации с аффективной патологией [4].

Необходимость вести трезвый образ жизни в обществе, где отказ от потребления спиртного нередко рассматривается как признак физической или социальной неполноценности, приводит пациентов с АЗ к вынужденному ограничению контактов с окружающими. Адаптация к трезвому образу жизни требует перестройки ранее сложившихся общественных отношений. Возникают проблемы «свободного времени», отказа от общения с пьющей компанией и создания нового круга общения, утверждения себя в качестве человека, ведущего трезвую жизнь. В это время среди повседневных ситуаций, лежащих

в генезе дестабилизации ремиссионных состояний, выделяют встречи с приятелями, праздники, семейные торжества, приглашения в гости, которые в силу особого восприятия пациентами нередко становились пусковым звеном возобновления пьянства.

Ранее эти ситуации нами были рубрифицированы и определены как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС) [5]. Остаются неизученными частота встречаемости, степень выраженности социальных РОКС у пациентов с АЗ на этапе становления ремиссии, их взаимосвязь с качеством ремиссии и значение для прогноза и терапии, что и стало целью работы.

Материалы и методы. В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», после прохождения противоалкогольного лечения на этапе реабилитации были включены 275 пациентов (средний возраст $38,26 \pm 11,47$ года) с АЗ (шифр F10.200-202 по критериям МКБ-10). Их социально-демографические характеристики: по полу 230 (83,64%) мужчин и 45 (16,36%) женщин; по семейному положению: в браке были 197 (71,64%) человек, в разводе – 45 (16,36%), 26 (9,45%) были холостяками и 7 (2,55%) – вдовыми. Длительность АЗ колебалась от 3 до 20 лет, в среднем $7,93 \pm 4,21$ года; кратность лечения была от 1 до 7 раз, медиана (Me) равнялась двум. Из 275 пациентов 247 (89,82%) сообщили, что у них среди окружающих были знакомые с опытом продолжительного (не менее полугода) абсолютного воздержания от употребления алкоголя (т.е. у них имелась возможность взаимной поддержки трезвости с другими пациентами в ремиссии).

Три группы сравнения были определены априорно, на основе разделения лиц с АЗ на этапе становления ремиссии (1–6 мес. воздержания от употребления алкоголя) по качеству ремиссии:

- I группа (n=40) – пациенты, у которых на момент исследования был констатирован факт обращения к наркологу для противорецидивного лечения в связи с жалобами на тягу к алкоголю и другие РОКС, угрожающие срывом ремиссии и рецидивом алкоголизации;
- II группа (n=156) – пациенты с рецидивом АЗ на этапе становления ремиссии (у которых клинические признаки РОКС отсутствовали, жалоб не было, а затем неожиданно для родственников и врачей у них произошел рецидив алкоголизации, после которого они и были обследованы);
- III группа (n=79) – контрольная группа (КГ), составлена из пациентов с АЗ в качественной ремиссии (пациенты, у которых клинические признаки РОКС на момент данного исследования отсутствовали), при дальнейшем наблюдении достигшие полной ремиссии (шифр F10.202).

Критериями исключения были пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F10.1), с другими психическими и поведенческими расстройствами неалкогольного генеза.

В ходе выполнения работы использовали анамнестический, психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния пациентов с АЗ применили разработанный нами опросник, позволяющий квантифицировать РОКС. При разработке опросника мы исходили из установленного положения о наличии интегрального влияния всего комплекса биопсихосоциальных факторов на пациента с АЗ в процессе формирования ремиссии. Согласно цели данной работы нами были проанализированы 6 социальных сфер риска дестабилизации ремиссии (так называемых «социальных РОКС»), которые, по мнению пациентов, в период воздержания от употребления алкоголя оказывали на них негативное влияние в плане поддержания трезвости. Три вопроса из шести отражали отсутствие одобрения и моральной поддержки посттерапевтических мотиваций трезвости среди знакомых в быту (соседей, одноклассников, бывших сослуживцев, партнеров в жизни и т.д.), коллег по работе (напарников, руководителей и/или подчиненных), других лиц с АЗ, воздерживающихся от употребления алкоголя (находящихся в ремиссии АЗ). Последний вопрос изучался в связи с установленной значимостью для поддержания ремиссии сообщества взаимопомощи пациентов с АЗ. Еще 3 вопроса отражали прямое провоцирующее проалкогольное влияние на пациентов со стороны привычного алкогольного окружения знакомых (прежде всего «собутельников»); провоцирующее воздействие алкогольных традиций и форм домашнего поведения в выходные, праздничные дни, дни семейных событий; систематическое негативное воздействие наступательной телерекламы алкогольных напитков. Частоту встречаемости РОКС пациенты отмечали оценками «всегда», «часто», «иногда» и «никогда» в специальных графах, что оценивалось соответственно как 3, 2, 1 и 0 баллов [5].

По сути, с помощью данного опросника мы надеялись заглянуть во внутренний психический мир пациентов, касающийся плохо доступных для традиционного психопатологического исследования уровней психики, в частности таких, как «сознание» и «личность» больного человека. Простота вопросов теста обеспечивала самостоятельность (без внешней подсказки) ответа на вопрос, исключая нередкие для обычного клинического интервью аберрации и артефакты, привносимые ситуацией исследования и личностью исследователя.

Статистическая обработка данных (в частности, дисперсионный анализ, вычисление средних значений M , стандартного отклонения σ или медианы Me , доверительного интервала при отклонении показателей от нормального распределения и, соответственно, достоверности отличия по критерию Стьюдента или критерию χ^2) проводилась с помощью компьютерных программ

Microsoft Excel 2010 и STATISTICA v.6.0. Сравнение данных в 3 группах проводилось с помощью непараметрического критерия Краскела – Уоллеса. Статистически значимой считалась 95%-я вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты и обсуждение. На этапе становления ремиссии для пациентов с АЗ весьма характерны микросоциальные РОКС по большинству исследованных параметров, наблюдающиеся более чем у 50% случаев. Только такая ситуация, как провокация срыва и рецидива проалкогольным влиянием окружения оказалась примерно одинаковой ($p>0,05$) (около 2/3 случаев) во всех 3 группах, по остальным параметрам обнаружилось межгрупповые отличия (табл. 1).

В сравнении с КГ в I группе пациентов реже ($p<0,05$) обнаруживалось отсутствие поддержки трезвости в быту и среди коллег по работе, а также негативное влияние алкогольных традиций. В I группе, в сравнении со II, реже ($p<0,05$) наблюдались все изучаемые РОКС, кроме ситуации с провокацией срыва и рецидива негативным влиянием проалкогольного окружения. Во II группе, в сравнении с контролем, значимо чаще ($p<0,05$) встречалась только ситуация с отсутствием поддержки трезвости среди других лиц с АЗ в ремиссии, по остальным РОКС эти группы были схожи между собой ($p>0,05$).

Частота встречаемости в порядке убывания в контрольной группе микросоциальных РОКС у пациентов 3 групп представлена табл. 1.

Таблица 1
Частота микросоциальных рецидивоопасных клинических ситуаций у пациентов 3 групп

РОКС в микросоциальных сферах риска дестабилизации ремиссии и негативного проалкогольного влияния	I, n=40		II, n=156		КГ, n=79	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Среди знакомых в быту	26	65,00*	135	86,54***	75	94,94
2. Среди коллег по работе	18	45,00*	119	76,28***	69	87,34
3. Среди других лиц с АЗ в ремиссии	29	72,50	156	100***	61	77,22**
4. Проалкогольного окружения	31	77,50	103	66,03	56	70,89
5. Алкогольных традиций	6	15,00*	90	57,69***	44	55,70
6. Алкогольной телерекламы	17	42,50	99	63,46***	41	51,90

Примечание: различия статистически значимы ($p<0,05$): * – между I группой и КГ; ** – между II группой и КГ; *** – между I и II группами.

Далее с помощью опросника [5] была исследована (выборочно) степень выраженности (в баллах) микросоциальных РОКС (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика средней выраженности (в баллах) микросоциальных рецидивоопасных ситуаций у пациентов 3 групп

РОКС в микросоциальных сферах риска дестабилизации ремиссии и негативного проалкогольного влияния	I, n=40	II, n=80	КГ, n=39
	M±σ	M±σ	M±σ
1. Среди знакомых в быту	1,79±1,36	2,18±1,07	2,35±0,88
2. Среди коллег по работе	1,16±1,34	2,12±1,27***	1,86±1,03
3. Среди других лиц с АЗ в ремиссии	1,79±1,27	2,76±0,56***	2,09±1,28**
4. Проалкогольного окружения	1,05±1,13	1,41±1,06***	1,05±1,12**
5. Алкогольных традиций	0,32±0,82*	1,0±1,12***	1,22±1,28
6. Алкогольной телерекламы	1,0±1,0	1,35±1,32***	0,91±1,28**
Суммарный балл РОКС	7,11±3,56*	10,82±3,96***	9,48±2,81

Примечание: различия статистически значимы ($p < 0,05$): * – между I группой и КГ; ** – между II группой и КГ; *** – между I и II группами.

Социальные факторы в целом значимо меньше ($p < 0,05$) мешали трезвости пациентам I группы (7,11±3,56 балла), чем пациентам КГ (9,48±2,81 балла) ($p < 0,05$) и особенно II (10,82±3,96 балла) группы ($p = 0,01$). Что касается отдельных факторов, то пациенты I группы статистически значимо меньше ($p < 0,05$) жаловались, чем пациенты КГ и II группы, на негативное влияние алкогольных традиций, а в сравнении со II группой меньше жаловались ($p < 0,05$) на все факторы, кроме отсутствия поддержки трезвости среди знакомых в быту (табл. 2, $p > 0,05$).

Далее был вычислен ранговый коэффициент корреляции Спирмена. В контрольной группе исследованные микросоциальные факторы не имели статистически значимых корреляций между собой и с интегральной выраженностью ($p > 0,05$). В I группе пациентов с интегральной выраженностью микросоциальных РОКС значимую корреляцию между собой ($R_s = 0,72$, $p < 0,05$) и интегральной выраженностью имели факторы отсутствия поддержки трезвости среди знакомых в быту ($R_s = 0,90$, $p < 0,001$) и среди коллег по работе ($R_s = 0,72$, $p < 0,05$). Во II группе пациентов с интегральной выраженностью РОКС значимо коррелировал только такой рецидивоопасный фактор, как провокация срыва и рецидива влиянием алкогольных традиций ($R_s = 0,79$, $p < 0,01$).

Таким образом, у пациентов с алкогольной зависимостью этап становления терапевтической ремиссии характеризовался выраженными, наблюдающимися во многих сферах общественной жизни рецидивоопасными ситуациями. Большинство (от 50 до 100%) пациентов жаловались на то, что окружение в целом в обществе, на работе, среди знакомых не понимает их, не поддерживает в трезвой жизни, даже мешает формированию нового образа жизни. Так

действует наступательная алкогольная телереклама, алкогольные традиции, на работе коллеги в своем большинстве не понимали пациентов, не одобряли их трезвое поведение, нередко склоняли их к употреблению спиртного, а то и совершали насильственный возврат болезни (тайно подливая спиртное). Сами пациенты, только расставшись с привычным для них алкогольным стереотипом, еще не имея нового для них трезвого опыта, с трудом адаптировались в такой обстановке.

В то же время, несмотря на большую значимость микросоциальной обстановки для формирования ремиссии для всех пациентов с АЗ, в процессе исследования были установлены определенные межгрупповые отличия.

Пациенты группы I и контрольной группы были настроены на избавление от алкогольной зависимости и трезвость, отличались личной ответственностью за свой выбор и стремились преодолевать рецидивоопасные ситуации, используя собственные ресурсы, социальную поддержку, наркологическую помощь. Именно этим объясняется меньшая частота встречаемости и степень выраженности микросоциальных РОКС у пациентов группы I (угроза срыва ремиссии и боязнь этого привела их за помощью к врачу, в такой ситуации микросоциальные факторы для них отступали на второй план).

Пациенты группы II (с рецидивом алкоголизма) задолго до первого употребления алкоголя (срыва), в сравнении с пациентами, сохраняющимися в ремиссии, значительно больше ($p < 0,05$) жаловались на отрицательное влияние в плане поддержания трезвости внешних по отношению к их личности факторов – «работа», «знакомые», «пациенты», «уговаривали выпить». Для них задолго до срыва был характерен своеобразный «психосоциальный портрет», проявляющийся в терпимости к алкогольным традициям и проалкогольному окружению и недовольстве людьми, ведущими трезвый образ жизни, перекладывании ответственности на других («уговаривали», «не поддерживали» и т.д.). Особо обращает на себя внимание тот факт, что при равных возможностях поддержки трезвости со стороны других пациентов они в 100% случаев были недовольны поддержкой пребывающих в качественной ремиссии лиц с АЗ. Такому явлению мы находим объяснение в отсутствии у пациентов группы II внутренней (собственной) установки на трезвость. При углубленном анализе было установлено, что большинство этих пациентов лечились преимущественно под давлением социальных обстоятельств, и после лечения, как они сами часто выражались, «держались» (удерживались от употребления алкоголя) в силу необходимости, сохраняя в глубине ядра личности проалкогольную установку, планируя ее осуществить после окончания запрета на употребление алкоголя. На практике такое состояние пациентов представляло собой почву для неизбежного рецидива алкоголизации, происходящего на фоне разрешающего фактора (праздники, давление проалкогольного социума, стресс),

намного ранее, чем обычно планировали сами пациенты, объясняя большинство из происходящих ранних (до 6 мес. воздержания от употребления алкоголя) срывов ремиссии. Мы считаем, что у этих пациентов после лечения признаки болезни «алкогольная зависимость» ослабевали только на клиническом, собственно, биологическом уровне. У них не было жалоб на влечение к алкоголю, не обнаруживались проявления синдрома отмены и других клинических проявлений АЗ. Но при этом после ослабления биологических признаков болезни, представляющих фасад клиники алкогольной зависимости, скрывающий ранее глубинную суть болезни, стало возможным обнаружить алкогольную зависимость на психосоциальном уровне, на уровне личности. Предлагаемое пациентам тестирование по опроснику исключало какую-либо морализацию, не несло в себе оценки пациенту, что позволяло им выразить свое истинное мнение, тем самым приоткрыть спрятанную за фасадом телесных симптомов и внешних правил поведения внутреннюю моральную сущность в отношении алкоголя.

Выводы

Лечение алкогольной зависимости необходимо проводить не только на уровне индивида, купируя влечение к алкоголю, синдром отмены и другие клинические проявления болезни, но и обязательно на уровне личности большого человека («лечить личность»).

На этапе реабилитации необходимо проводить работу по укреплению в ядре личности пациентов посттерапевтических мотиваций трезвости, созданию поддерживающей трезвеннической установки социальной обстановки и готовности пациентов к преодолению рецидивоопасных клинических ситуаций.

Выявление в период воздержания от употребления алкоголя признаков алкогольной зависимости на уровне личности свидетельствует о латентной (скрытой) активности болезни, готовности к срыву ремиссии и требует экстренного, комплексного (социотерапевтического, психотерапевтического, немедикаментозного, фармакологического, реабилитационно-противорецидивного), таргетного (адресного, в зависимости от психопатологической структуры РОКС) вмешательства для стабилизации ремиссии и предупреждения рецидива заболевания.

Литература

1. Наркологія: Національний підручник / Сосін І.К., Чуєв Ю.Ф., Артемчук А.П., Бурмака Н.П., Волков О.С., Гончарова О.Ю., Дворяк С.В., Друзь О.В., Лінський І.В., Мисько г.М., Мінко О.І., Мішиєв В.Д., Овчаренко М.О., Сквіра І.М., Слабунов О.С., Чайка С.В., Шаповалова В.О., Шаповалов В.В., Шаповалов В.В. (мол.) (під ред. проф. І.К. Сосіна, доц. Ю.Ф. Чуєва). – Харків, 2014. – 1428 с.

2. Лелевич, В.В. Оценка ситуации с распространением потребления психоактивных веществ в Беларуси / В.В. Лелевич // Вопросы наркологии. – 2009. – № 1. – С. 67–75.
3. Обьедков, В.Г. Об эффективности работы в психиатрии и наркологии, итогах работы психиатрической и наркологической служб РБ за 2010 год и задачах на 2011 год / В.Г. Обьедков, О.А. Скугаревский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 2 (4). – С. 142–147.
4. Aguiar, P. Prognostic Factors During Outpatient Treatment for Alcohol Dependence: Cohort Study with 6 months of Treatment Follow-up / P. Aguiar, D. Neto, R. Lambaz, J. Chick, P. Ferrinho // Alcohol and Alcoholism. – 2012. – Vol. 17. – P. 1–9.
5. Сквиря, И.М. Количественная оценка структуры рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода при алкоголизме / И.М. Сквиря // Сб. науч. статей респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 17-й итоговой сессии Гомельского ГМУ: в 4 т. / ред. колл. А.Н. Лызииков [и др.]. – Гомель: УО «Гомельский ГМУ», 2008. – Т. 3. – С. 190–193.