

# ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И ТРЕВОГА У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
РНПЦ психического здоровья

Проведено клиническое наблюдательно-аналитическое исследование с использованием направленного формирования исследовательских групп методом случай-контроль. Выборка была представлена основной группой (ОГ) из 397 человек с алкогольной зависимостью (АЗ), контрольной группой (КГ) из 213 человек и группой сравнения (ГС) из 232 человек. Клиническая диагностика производилась в соответствии с МКБ-10, AUDIT, «Б-ИТА» (версия 2.3-3.01.2001). В результате исследования установлено, что для лиц, страдающих АЗ, более характерны личностные черты в виде напряженности и со стажем АЗ более выраженной становится тревожность. Полученные данные можно использовать при составлении коррекционных программ с учетом специфичности и особенностей клиники заболевания.

**Ключевые слова:** синдром алкогольной зависимости, тревожность, тревога, подростки, молодые люди.

A.V. Kopytov, V.L. Kulikovskiy

## PERSONAL ANXIETY OF TEENAGERS AND THE YOUNG WITH ALCOHOL ADDICTION

We conducted a clinical observational analytical research with directed compilation of research groups using the case-control method. The sample was represented with the main group of 397 subjects with alcohol dependence, the control group of 213 subjects and the comparison group of 232 subjects. The clinical diagnostics was conducted according to ICD-10, AUDIT, «B-ASI» (version 2.3-3.01.2001). The research results showed that the subjects suffering from alcohol dependence are more likely to feel tense, and the level of anxiety increases with number of years with alcohol dependence. The data obtained can be used when developing correction programs taking into account the specificity and peculiarities of disease history.

**Key words:** alcohol dependence syndrome, anxiety, worry, adolescents, young people.

Много теорий по этиологии алкоголизма постулируют о роли тревоги. Понимание отношений тревоги и алкогольной зависимости, особенно у подростков, имеет существенное значение для здравоохранения и важно для планирования лечения. Идея, что алкоголь часто используется для уменьшения тревоги, тесно связана с теорией напряжения-редукции при алкогольной зависимости [6] или моделью угашения стрессовой реакции [5]. Транквилизирующий эффект алкоголя, у лиц не страдающих фобией, наблюдается при дозах алкоголя 0,9

г/кг [9]. Пациенты, страдающие фобией, не демонстрируют выраженных анксиолитических свойств алкоголя [7] У людей с алкогольными проблемами есть тревожные черты [14] и чаще, в сравнении с общей популяцией, встречаются тревожные расстройства [8]. И, наоборот, у больных с тревожными расстройствами есть повышенный риск для алкогольной зависимости. У людей с социальной тревогой употребление алкоголя является наиболее распространяющейся практикой преодоления стрессовых ситуаций, что расценивается как дезадаптивная копинг-стратегия, и связано с риском развития алкогольных проблем [12]. Средний возраст начала формирования зависимостей и тревожных расстройств около 15 лет, при этом данная корреляция не позволяет сделать вывод о первичности тревожных расстройств или алкогольной зависимости [3].

Таблица 1. Общая характеристика выборки

Параметры		Исследовательские группы				p
		ОГ n=397	КГ n=213	ГС1 n=53	ГС2 n=179	
Возраст (лет)		21,1±0,3	21,6±0,23	34,1±1,5	37,8±0,7	$P_{1,2,3,4} < 0,05$ $P_{1,2} > 0,05$
Образование	Среднее (%)	58,9	47,9	35,8	36,9	$P_{1,2,3,4} < 0,05$
	Ср./специал. (%)	39,1	42,9	56,7	55,3	$P_{1,2,3,4} < 0,05$
	Высшее (%)	2,0	19,2	7,5	7,8	$P_{2,1,2,4} < 0,05$
Период (лет) формирования АЗ или злоупотребления (гр.5)		2,8±0,16	-	3,56±0,6	10,3±0,6	$P_{1,3,4} < 0,05$ $P_{1,3} > 0,05$
Возраст начала употребления алкоголя (лет)		15,02±0,2	16,01±0,57	17,1±0,6	17,1±0,3	$P_{1,2,3,4} < 0,05$
Стаж АЗ (лет)		3,5±0,2	-	12,4±1,6	10,8±0,6	$P_{1,3,4} < 0,05$
Субъекты с наследственностью по АЗ (%)		67,0	33,5	73,1	54,2	$P_{1,3,2,4} < 0,05$
Место жительства город/село (%)		66,1 33,9	70,9 29,1	28,8 71,2	46,9 53,1	$P_{1,2,3,4} > 0,05$
AUDIT (баллы)		24,3±0,7	4,5±0,5	28,6±1,12	29,5±0,8	$P_{2,1,3,4} < 0,05$

пациентов, страдающих фобией, не демонстрируют выраженных анксиолитических свойств алкоголя [7] У людей с алкогольными проблемами есть тревожные черты [14] и чаще, в сравнении с общей популяцией, встречаются тревожные расстройства [8]. И, наоборот, у больных с тревожными расстройствами есть повышенный риск для алкогольной зависимости. У людей с социальной тревогой употребление алкоголя является наиболее распространяющейся практикой преодоления стрессовых ситуаций, что расценивается как дезадаптивная копинг-стратегия, и связано с риском развития алкогольных проблем [12]. Средний возраст начала формирования зависимостей и тревожных расстройств около 15 лет, при этом данная корреляция не позволяет сделать вывод о первичности тревожных расстройств или алкогольной зависимости [3].

### Материал и методы

Риск формирования алкоголизма заметно увеличен у людей с алкогольной наследственностью по сравнению с субъектами

Таблица 2. Удельный вес (%) лиц со склонностью к тревожным реакциям в группах

Склонность к тревожным реакциям	ОГ (%)	КГ (%)	ГС-1 (%)	ГС-2(%)
Присутствует	62,7	72,9	62,3	61,6
Отсутствует	37,3	27,1	37,7	38,4

Таблица 3. Данные уровня личностной тревожности и напряженности по данным «Пятифакторного опросника личности»

Личностные черты	ОГ (баллы)	КГ (баллы)	ГС-1 (баллы)	ГС-2(баллы)
Тревожность	50,8±0,8	50,3±1,2	52,5±2,1	52,5±1,2
Напряженность	54,2±1,1	51,0±1,4	52,8±2,6	55,4±1,4

Таблица 4. Данные корреляционного анализа личностных характеристик с МПА в основной группе

Мотивы употребления алкоголя	Основная группа			
	Тревожность (коэффициент корреляции Пирсона - r)	p	Напряженность (коэффициент корреляции Пирсона - r)	p
Самоповреждающие	0,19	<0,05	0,16	<0,05
Атарактические	0,14	<0,05	0,11	<0,05
Гиперактивации	0,14	<0,05	0,12	<0,05
Аддиктивные	0,11	<0,05	-	-

без нее. Предполагают, что около половины этого риска объясняется генетическими факторами [11]. Специфично, что симптомы тревоги являются более частыми у детей алкоголиков [10].

**Дизайн исследования:** клиническое обсервационно-аналитическое исследование с использованием направленного формирования исследовательских групп методом случай-контроль.

**Цель исследования:** оценка уровня личностной тревожности, тревоги и напряженности и их взаимосвязи с алкогольной зависимостью у подростков и молодых людей мужского пола для обоснования методов профилактики и лечебно-реабилитационных программ.

**Задачи исследования:** определить уровни личностной тревожности, индивидуальной ситуативной тревоги и напряженности у лиц подросткового и молодого возраста, страдающих алкогольной зависимостью; определить уровень личностной тревожности, индивидуальной ситуативной тревоги и напряженности групп контроля и сравнения; провести анализ проявлений тревоги с учетом ско-

рости формирования и стажа алкогольной зависимости; изучить влияние тревожности на формирование алкогольной зависимости и их взаимосвязь у подростков и молодых людей с алкогольной зависимостью; с учетом полученных данных обосновать необходимость проведения коррекционных мероприятий.

**Характеристика выборки.** В соответствии с дизайном и целями исследования общая выборка состояла из нескольких групп. Первая группа являлась основной (ОГ) и состояла из 397 субъектов мужского пола подросткового и молодого возраста с 14 до 25 лет с АЗ, состоящих на учете у наркологов и/или проходивших лечение у врачей-наркологов. Вторая группа из 213 человек являлась контрольной (КГ) и была сопоставима с основной по возрасту и основным социально-демографическим характеристикам. Отличительной характеристикой данной группы является отсутствие проблем с алкоголем (уровень употребления не соответствует клиническим критериям зависимости или употребления с вредными последствиями). Основные характеристики групп исследования изложены в предыдущих главах. С учетом исследовательских принципов доказательной медицины выделена группа сравнения (ГС), куда вошли 232 субъекта, страдающих АЗ, возраст которых и стаж зависимости были достоверно больше, чем у лиц ОГ, и соответствовали среднестатистическим популяционным показателям для лиц, страдающих АЗ. Следует обратить внимание, что исследуемые ГС имели отличия между собой по скорости формирования алкогольной зависимости (период с возраста начала осознанного систематического употребления до возраста формирования зависимости). В связи с одной из предполагаемых гипотез исследования, о связи стажа алкоголизации и скорости формирования зависимости с МПА, ГС разделена на 2 подгруппы: ГС1 – 53 человека с относительно быстрым формированием зависимости (среднее значение не отличалось от такового показателя в основной группе) и ГС2 – 179 человек с обычным (среднепопуляционным)

Таблица 5. Нормативные и экспериментальные данные по SCL-90-R для лиц ОГ

Шкалы	ОГ (баллы)	Норма (баллы)	t	p	Невротические расстройства (баллы)	t	p
Тревожность	1,87	0,47	5,01	<0,05	1,66	0,8	0,44
Фобическая тревожность	1,14	0,18	5,14	<0,05	1,13	0,06	0,95
Межличностная тревожность	3,05	0,66	2,15	<0,05	1,4	1,48	0,15

Таблица 6. Корреляционные связи между уровнями тревожности, напряженности и личностными характеристиками в исследуемых группах

Клинические симптомы	Личностные характеристики							
	ОГ				КГ			
	Тревожность		Напряженность		Тревожность		Напряженность	
	r Пирсона	p	r Пирсона	p	r Пирсона	p	r Пирсона	p
Тревожность	0,33	<0,05	0,48	<0,05	0,49	<0,05	0,55	<0,05
Фобическая тревожность	-	-	0,38	<0,05	-	-	-	-
Межличностная тревожность	-	-	-	-	0,45	<0,05	0,39	<0,05

## Оригинальные научные публикации

формированием зависимости (достоверно медленнее, чем в основной группе и ГС1).

Основные сведения об алкогольной зависимости и анамнез были собраны посредством Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [2]. Клиническая диагностика алкогольных нарушений выполнена в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, AUDIT [1].

Для изучения индивидуально-характерологических личностных особенностей использовался «Пятифакторный опросник личности» [4]. Оценка тревожности, как клинического симптома, производилась с помощью «Опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R)» [3].

### Результаты и обсуждение

В ходе проведенного исследования по результатам ответов на утверждения «Б-ИТА» установлено, что во всех исследуемых группах преобладает количество лиц со склонностью к тревожным реакциям. Данные в таблице 2.

Из результатов данных таблицы 2 следует, что в КГ достоверно больше лиц, которые отмечают склонность к реагированию по тревожному типу в стрессовых ситуациях ( $\chi^2=7,7$ ;  $p<0,05$ ). Во всех «алкогольных группах» доля лиц со склонностью к тревожным реакциям не отличается ( $p>0,05$ ). При диагностической оценке отношения шансов влияния не установлено ее существенного значения склонности к тревожным реакциям на АЗ в ОГ (OR=0,63 [0,43; 0,9];  $p<0,05$ ).

Представленная информация таблицы 2 является недостаточной для оценки влияния тревожности на АЗ, так как у лиц, употребляющих алкоголь снижается уровень тревожности и уровень тревожного реагирования, чего нельзя сказать о субъектах из КГ. Для оценки взаимоотношений тревожности и АЗ более актуальной является оценка тревожности, как личностной характеристики, представляющей более устойчивую структуру. С этой целью произведена статистическая обработка данных шкалы тревожности-беззаботности, напряженности-расслабленности из «Пятифакторного опросника личности». По результатам статистической обработки все значения по этим шкалам превышали 7 баллов (из максимальных 15), поэтому личностные черты соответствовали первой характеристике в паре. Результаты представлены в таблице 3.

По данным таблицы 3 показатели тревожности достоверно не отличаются в ОГ и КГ. В группах, имеющих достоверно больший стаж АЗ ее показатели выше, нежели в ОГ и КГ ( $p>0,05$ ). Показатели напряженности в КГ досто-

верно ниже, чем во всех «алкогольных подгруппах» ( $p<0,05$ ), в которых параметры достоверно не отличаются. Следовательно, что для лиц, страдающих АЗ более характерны личностные черты в виде напряженности и со стажем АЗ более выраженной становится тревожность.

При сравнении доли дисперсии лиц с отсутствием тревожности (ОГ – 10,4%; КГ – 12,2%; ГС-1 – 3,8%; ГС-2 – 7,9%) в исследуемых группах не выявило достоверных отличий ( $\chi^2=4,4$ ;  $p>0,05$ ). При сравнении доли дисперсии лиц с отсутствием напряженности (ОГ – 7,8%; КГ – 13,1%; ГС-1 – 5,7%; ГС-2 – 3,4%) в исследуемых группах выявлено достоверно их большее количество в КГ ( $\chi^2=12,9$ ;  $p<0,05$ ). Следует отметить тенденцию, что в группах лиц с большим стажем АЗ значительно меньше лиц с отсутствием тревожности и напряженности.

Проведен корреляционный анализ связи между личностными чертами тревожности, напряженности с мотивами употребления алкоголя. Данные в таблице 4.

По данным таблицы 4 тревожность и напряженность в ОГ связаны в основном с личностными и патологическими мотивами. Более высокая степень связи с самоповреждающей мотивацией.

В остальных исследовательских группах достоверных связей между личностными чертами тревожности, напряженности с мотивами употребления алкоголя не установлено ( $p>0,05$ ).

В ГС-1 и ОГ имеются обратные корреляционные связи между напряженностью и скоростью формирования АЗ ( $r=-0,29$  и  $r=-0,13$ ;  $p<0,05$ ), что подтверждает влияние данной личностной характеристики на прогрессивность заболевания в указанных группах, отличающихся быстрой прогрессивностью АЗ ( $B=0,57$ ;  $F=4,7$  и  $B=0,18$ ;  $F=6,7$ ;  $p<0,05$ ). В ГС-2 с низкой прогрессивностью АЗ таких тенденций не обнаруживается.

Не всегда наличие личностных тревожных черт может проявляться в виде выраженных тревожных реакций. Иногда осознанное использование копинг-стратегий может ослаблять интенсивность тревожного реагирования.

Оценка тревожности, фобической тревожности и межличностной тревожности, как клинических симптомов, в исследуемых группах производилась с помощью SCL-90-R. Клинические симптомы тревоги могут проявляться независимо и быть не связаны с личностными характеристиками. Иногда несоответствие высоких уровней личностной тревожности и низких уровней проявления тревоги и фобий на симптоматическом уровне могут свидетельствовать о наличии достаточных компенсаторных ресурсов. Для оценки тревожного реагирования произвели статистическую обработку данных SCL-90-R.

Из всех перечисленных феноменов (рис. 1.) наиболее низкие показатели по фобической тревожности, наиболее высокие по тревожности и межличностной тревожности практически во всех группах. Отличительной характеристикой ОГ является преобладание межличностной тревожности.

В SCL-90-R имеются стандартизированные баллы для условной нормы и лиц страдающих невротическими расстройствами. Данные условно нормативных баллов и результатов, полученных в ходе исследования представлен в таблице 5.

Анализируя данные таблицы 5 сле-

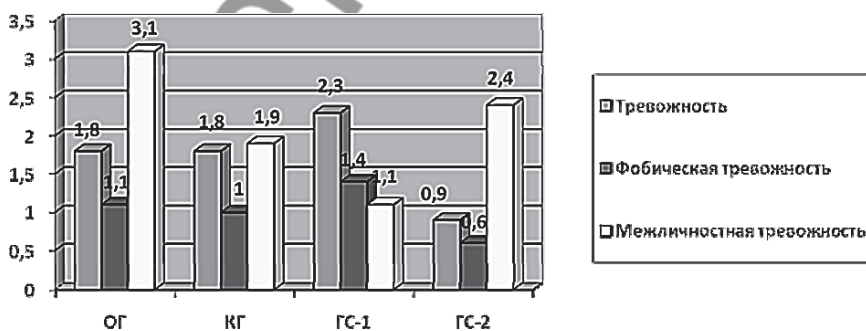


Рис. 1. Выраженность клинических симптомов (в баллах), ассоциированных с тревогой, по SCL-90-R в исследуемых группах.



дует отметить, что субъекты ОГ имеют достоверно более высокие показатели по шкалам тревожности, фобии, обсессии-компульсии, по сравнению с данными характерными для условной популяционной нормы. При сравнении данных ОГ с нормативными данными лиц страдающих невротическими расстройствами достоверных отличий не найдено (таблица 5).

Учитывая данные таблица 5 следовало бы предполагать, что лицам с более высокими показателями тревожности и напряженности должны соответствовать более выраженные клинические проявления тревожного типа реагирования. Однако данные представленные на рис. 1 позволяют в этом усомниться. С целью уточнения этих предположений провели корреляционный анализ между клиническими феноменами с проявлениями тревоги и личностными характеристиками, ассоциированными с тревогой. Корреляционные связи обнаружены только в ОГ и КГ.

По данным таблицы 6 следует отметить, что тревожная симптоматика появляется у лиц, имеющих в преморбиде личностную тревожность и напряженность. Данная закономерность обнаружена у лиц КГ и ОГ, которые имеют небольшой стаж АЗ. В группах сравнения, имеющих большой стаж АЗ таких взаимосвязей не обнаружено. У субъектов ОГ имеется взаимосвязь фобической тревожности с показателями личностной напряженности, чего не наблюдается в КГ (таблица 6) При этом по данным таблицы 3., уровень напряженности достоверно выше в ОГ нежели в КГ, а показатели клинического симптома фобической тревожности почти одинаковые (рис. 1.).

Личностные характеристики тревожность и напряженность, которые более выражены в лиц, страдающих АЗ, могут быть связаны с наличием алкогольной наследственности, так как в этих группах больше удельный вес лиц, имеющих в роду проблемных родственников с АЗ. Исходя из данных таблицы 2 связь с наследственными факторами более вероятна при наличии личностной напряженности, которая в ОГ связана с тревожными и тревожно-фобическими реакциями, влияет на скорость формирования зависимости, самоповреждающие, атарактические и мотивы гиперактивации. С целью подтверждения данного предположения провели статистический анализ уровней тревожности и напряженности в зависимости от наличия алкогольной наследственности.

У лиц ОГ не обнаружено достоверных отличий в показателях личностных характеристик тревожности ( $50,4 \pm 1,6$  и  $51,1 \pm 1,1$ ) и напряженности ( $53,5 \pm 1,8$  и  $54,5 \pm 1,2$ ) в зависимости от наличия алкогольной наследственности ( $p > 0,05$ ). Аналогичная ситуация наблюдается в других исследуемых группах.

У подростков и молодых людей, страдающих АЗ, на формирование склонности к тревожным реакциям оказывают влияние особенности воспитания в детстве. Наиболее значимыми являются жестокое обращение ( $\chi^2 = 20,0$ ;  $p < 0,05$ ), физические наказания ( $\chi^2 = 6,9$ ;  $p < 0,05$ ), гиперконтроль со стороны родителей ( $\chi^2 = 9,9$ ;  $p < 0,05$ ).

В группе молодых людей из КГ достоверно больше лиц, которые отмечают склонность к реагированию по тревожному типу в стрессовых ситуациях. Эти данные сходны с данными, полученными другими исследователями, которые показали, что уровень тревожных реакций у лиц с АЗ на 5-12 % выше, чем распространенность тревожных нарушений в общей популяции [15]. Исходя из полученных данных для лиц, страдающих АЗ более характерны личностные черты в виде напряженности и со стажем

АЗ более выраженной становится тревожность. Более высокая степень связи с самоповреждающей мотивацией. Наличие тревожности и напряженности связаны со стремлением употреблять алкоголь назло себе и другим в качестве протеста, потери перспективы в будущем. Высокие показатели тревожности и напряженности зачастую связаны с низкой самооценкой, что может порождать реакции внутреннего протеста у личностей данного типа. Для их коррекции используется алкоголь, так как на выражение протеста в экстернальных формах не всегда хватает личностного потенциала. Связь тревожности и напряженности с атарактическими и мотивами гиперактивации еще раз подтверждают наличие внутриличностных проблем, которые больше касаются эмоционального реагирования и сенсорной депривации. У субъектов с чертами тревожности и напряженности имеется ограниченность выражения чувств и эмоций. Следовательно, для приобретения расслабленности и беззаботности они осуществляют прием алкоголя. Использование такого стереотипа поведения усваивается и происходит фиксация в сознании влечения к спиртному, что подтверждается наличием корреляционной связи вышеуказанных личностных черт с аддитивной мотивацией. На атарактическую мотивацию, которая является в ОГ ведущей, оказывают влияние тревожность, напряженность и алекситимия, которые взаимосвязаны между собой и являются типичными для лиц, страдающих АЗ.

Отсутствие корреляционных связей между мотивами употребления алкоголя и личностными характеристиками можно объяснить следующим образом. В КГ отсутствием проблем АЗ. В ГС-1 и ГС-2 имеется большой стаж АЗ и, вследствие этого, достаточно выраженные когнитивные и личностные изменения. Кроме того существенно изменяется качество мотивации употребления алкоголя. Поэтому проследить объективные закономерности взаимосвязей преморбидных личностных черт и МПА у данного контингента достаточно сложно, на что указывают полученные результаты, а вернее, их отсутствие.

Проведенный корреляционный анализ между скоростью формирования АЗ и межличностной тревожностью, тревожной симптоматикой не выявили существенной связи. Это является вполне оправданным, так как симптом является неустойчивой характеристикой и подвержен значительным изменениям в зависимости от внешних факторов. Прогрессиентность может быть больше связана с биологическим или более устойчивыми психическими паттернами, например личностными характеристиками, что подтверждено статистически. Подростки и молодые люди страдающие АЗ отличаются невротическим типом реагирования. Существенным отличием от лиц, страдающих невротическими расстройствами, являются субъективно предъявляемые жалобы и способы совладания с имеющимися невротическими расстройствами. Лица ОГ практически не предъявляют жалоб на наличие невротической симптоматики, так как при сборе анамнестических сведений никто не предъявлял жалобы на состояние психического здоровья. Они используют алкоголь для снижения актуализации невротических переживаний. Больные невротическими расстройствами обычно предъявляют массу субъективно значимых жалоб, избегают приема алкоголя и непрерывно ищут медицинской помощи. Личностные характеристики тревожность и напряженность, которые более выражены в лиц, страдающих АЗ, могут быть связаны с наличием алкогольной наследственности, так как в этих группах боль-

## ■ Оригинальные научные публикации

ше удельный вес лиц, имеющих в роду проблемных родственников с АЗ. Исходя из данных, связь с наследственными факторами более вероятна при наличии личностной напряженности, которая в ОГ связана с тревожными и тревожно-фобическими реакциями, алекситимичностью, влияет на скорость формирования зависимости, самоповреждающие, атарактические и мотивы гиперактивации.

Не всегда наличие личностных тревожных черт может проявляться в виде выраженных тревожных реакций. Иногда осознанное использование копинг-стратегий может ослаблять интенсивность тревожного реагирования.

По данным рис. 1 наиболее высокий уровень тревожности в ГС-1, а самый низкий в ГС-2, несмотря на то, что в этих группах уровни личностной тревожности и напряженности одинаковы (таблица 3). В ОГ и КГ уровни личностных показателей тревожности и напряженности ниже, чем в группах сравнения (таблица 3), однако в ОГ клиническая тревожность (рис. 1.) выше ( $p > 0,05$ ). Это может указывать на недостаточность компенсаторных, защитных механизмов в ОГ. В свою очередь недостаточный внутренний адаптивный потенциал предполагает привлечения внешних ресурсов для коррекции проявлений тревоги. Подростки и молодые люди прибегают в этих случаях к наиболее простым и доступным способам и стратегиям, которым является употребление алкоголя с целью релаксации. Уровень фобической тревожности в ГС-1 также выше ( $p > 0,05$ ), чем в остальных группах, при минимальных значениях в ГС-2 (рис. 1), хотя уровень напряженности во всех группах существенно не отличается (таблица 3). Межличностная тревожность наиболее выражены в ОГ и ГС1-2. Это можно объяснить наличием проблем с коммуникативными навыками в ОГ. В ситуации где предусматривается общение возникают выраженные тревожные реакции. Зачастую для улучшения коммуникативных навыков используется спиртное, что является одним из механизмов преодоления затруднений в общении. Проведенный корреляционный анализ между скоростью формирования АЗ и межличностной тревожностью и тревожной симптоматикой не выявили существенной связи. Это является вполне оправданным, так как симптом является неустойчивой характеристикой и подвержен значительным изменениям в зависимости от внешних факторов. Прогрессиентность может быть больше связана с биологическим или более устойчивыми психическими паттернами, например личностными характеристиками, что подтверждено статистически и описано выше.

Наиболее благоприятной группой в плане тревожно-фобической симптоматики является ГС-2, которая отличается от других «алкогольных групп» более медленным формированием АЗ. В отличие от ОГ имеет более продолжительный стаж АЗ. В этом случае, полученные данные о более низких показателях в ГС-2 (рис. 1), можно объяснить некоторым протективным, в отношении тревоги, действием алкоголя при медленнопрогрессиентной АЗ.

По данным таблицы 5 подростки и молодые люди страдающие АЗ отличаются невротическим типом реагирования. Существенным отличием от лиц, страдающих невротическими расстройствами, являются субъективно предъявляемые жалобы и способы совладания с имеющимися невротическими расстройствами. Лица ОГ практически не предъявляют жалоб на наличие невротичес-

кой симптоматики, так как при сборе анамнестических сведений никто не предъявлял жалобы на состояние психического здоровья. Они используют алкоголь для снижения актуализации невротических переживаний. Больные невротическими расстройствами обычно предъявляют массу субъективно значимых жалоб, избегают приема алкоголя и непрерывно ищут медицинской помощи.

Следовательно, более высокие показатели личностной напряженности являются отличительной характеристикой для лиц ОГ связанные с формированием фобической тревожности в стрессовых ситуациях. Однако на формирование этой взаимосвязи опосредовано влияют и другие факторы.

Ориентируясь на наличие корреляционных связей в КГ и ОГ, а также их отсутствие в ГС-1 и ГС-2 можно заключить, что со стажем АЗ нарушаются привычные закономерности во взаимовлиянии указанных параметров, причиной чему могут быть качественные изменения ситуативного реагирования и личностных характеристик под влиянием постинтоксикационных изменений.

### Выводы

1. В 62,7% случаев имеются склонность к тревожным реакциям, что соответствует общепопуляционным тенденциям и специфике нозологии. Отличительной личностной характеристикой является напряженность.

2. Личностная напряженность оказывает влияние на самоповреждающие, атарактические и мотивы гиперактивации, а также быструю прогрессиентность формирования АЗ;

3. Наличие личностной напряженности, при отсутствии адаптивных навыков, приводит к использованию примитивных и доступных способов преодоления тревожного реагирования, которым является употребление алкоголя;

4. Показатели по шкалам тревожности (фобическая тревожность, межличностная тревожность) достоверно превышают нормативные данные и подтверждают наличие у них невротического типа реагирования;

5. Наиболее выражена межличностная тревожность, что свидетельствует о наличии проблем с коммуникативными навыками. Наличие алкогольной наследственности не оказывает существенного влияния на характерологические черты ассоциированные с тревожностью;

6. На формирование склонности к тревожным реакциям оказывают влияние особенности воспитания и взаимоотношения с родителями в детстве. Установленные особенности клинической и социальной тревожности и напряженности необходимо учитывать при проведении лечебных и реабилитационных программ.

### Литература

1. Наркология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 720 с.
2. Позняк, В. Б. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) / В.Б. Позняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>.
3. Тарабрина, Н. В. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) / Н.В. Тарабрина // Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина; под ред. В. Усманова. – СПб: Питер, 2001. – Гл. 11. – С.146 – 181.
4. Хромов, А. Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие Курган: Изд-во Курганского гос. университета, 2000. – 23 с.
5. Alcohol and stress response dampening: pharmacological effects, ex-

pectancy, and tension reduction / R. W. Levenson [et al.] // J. Abnorm. Psychol. – 1980. – Vol. 89, № 4. – P. 528 – 538.

6. *Cappell*, H. Alcohol and tension reduction. A review / H. Cappell, C. P. Herman // Q. J. Stud. Alcohol. – 1972. – Vol. 33, № 1. – P. 33 – 64.

7. *Ethanol* retards desensitization of simple phobias in non-alcoholics / O. G. Cameron [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 1987. – Vol. 150. – P. 845 – 849.

8. Helzer, J. E. Alcohol abuse and dependence / J. E. Helzer, A. Bumam, L. T. McEvoy. – New York, N. Y.: Free Press, 1991. – P. 81 – 115.

9. *Lindman*, R. Alcohol and the reduction of human fear / R. Lindman. – Amsterdam: Elsevier, 1983. – P.20 – 74.

10. *Pihl*, R. O. Inherited predisposition to alcoholism: characteristics of sons of male alcoholics / R. O. Pihl, J. Peterson, P. J. Finn // J. Abnorm. Psychol. – 1990. – Vol. 99, № 3. – P. 291 – 301.

11. *Prescott*, C. A. Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins / C. A.

## Оригинальные научные публикации

Prescott, K. S. Kendler // Am. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156, № 1. – P. 34 – 40.

12. *Thomas*, S. E. Drinking to cope in socially anxious individuals: a controlled study / S. E. Thomas, C. L. Randall, M. H. Carrigan // Alcohol Clin. Exp. Res. – 2003. – Vol. 27, № 12. – P. 1937 – 1943.

13. *VonKorff*, M. Epidemiology of panic attacks and panic disorder: results from 3 community surveys / M. VonKorff, W. Eaton, P. Keyl // Am. J. Epidemiol. – 1985. – Vol. 122. – P. 970 – 981.

14. *Walfish*, S. Anxiety and anger among abusers of different substances / S. Walfish, R. Massey, A. Krone // Drug Alcohol. Depend. – 1990. – Vol. 25, № 3. – P. 253 – 256.

15. *One-month* prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites / D. A. Regier [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 1988. – Vol. 45, № 11. – P. 977 – 986.

Поступила 17.02.2012 г.