

ВИРАЖЕНІСТЬ І ПЕРЕБІГ РЕАКТИВНОЇ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОГИ У ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ, ЯК ІНТЕГРАЛЬНІ ПРОГНОСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМІСІЇ

¹ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
² ТОВ «Центр здоров'я доктора Артемчука», Харків

Подано матеріали багаторічних комплексних досліджень психопатологічних прогностичних критеріїв вірогідності формування терапевтичної ремісії у хворих, залежних від алкоголю, після стресопсихотерапії за методом О. Р. Довженка.

Ключові слова: алкогольна залежність, реактивна та особистісна тривога, етапи лікування, стрес-навантаження, прогноз.

В узагальненій системо-структурній моделі людини як соціально-психологічної та біологічної істоти категорія особистість та її провідні макрочарактеристики — *індивідуальність, постать, особа, персона, Homosapiens* — мають визначальне понятійне значення. При цьому термінологічно категорія «*особистість*» є стрижневою у цілісній системі усвідомлення цінності людини як такої, в усіх її численних проявах, діях та характеристиках [1]. *Особистість* — це певний суб'єкт діяльності й вершина усіх людських якостей [1]. *Особистість* — це і похідне від структурної та якісної організації мозку, який постійно «творить» складну реальність, поміж суб'єктивним та об'єктивним, матеріальним та ідеальним. Це, кінець-кінцем, і відкритий «ящик Пандори», скарбниця талантів, почуттів та рушійних сил; вектор еволюції та інтеграл адаптаційних можливостей.

Щодо особистості як суб'єкта діяльності *індивідуальність* становить її «глибину» та своєрідність: певний комплекс пов'язаних між собою властивостей (статевих, вікових, соціальних, психологічних, нейродинамічних, конституційно-біохімічних, поведінкових тощо) [2].

Розкриття змістового наповнення «внутрішнього простору» людини в нормі та при патології ілюструє конструктивний пошук підґрунтя та критеріїв для виділення таких інтегральних показників особистості, які б найповніше відображали її адаптаційний потенціал [3] і були необхідними для побудови моделі, відкритої до взаємодії, — відповідно до завдань діагностики, прогнозу та терапії [4]. При цьому саме така модель відповідає основному змісту адаптаціогенезу, за суттю — якості життя.

Головний принцип у дослідженні адаптаційно-присосовних реакцій обґрунтовується ідеями

цілісності психіки, особистості та поведінки, а також інших системно-структурних рівней організму. Співвідношення між психікою у цілому та окремими її властивостями можна висловити аксіомою «частина відображає ціле» [5]. Звідси випливає: ті чи інші психічні утворення, дії, функції або прояви як окремі компоненти структури психіки відображають у зовнішньому контексті взаємодію людини зі світом (у тому числі в науковому досліді), тобто психіку в цілому.

Метою цього дослідження є висвітлення психопатологічних ознак сучасних форм алкогольної залежності, які мають прогностичне значення при формуванні терапевтичної ремісії.

У дослідженні використано шкалу реактивної та особистісної тривоги Ч. Д. Спілбергера — Ханіна [6]. Згідно з трактовкою авторів методу, **стан тривоги** (або **реактивна тривожність** — **РТ**) виникає «як реакція людини на різні, найчастіше соціально-психологічні стресори» і постійно змінюється. Навпаки, **особистісна тривожність (ОТ)** як риса, властивість, диспозиція дає уявлення про індивідуальні відзнаки стресорів і є стабільною для даної людини. Кількісне вираження ОТ характеризує минулий досвід індивіда, тобто те, «наскільки часто він протягом життя випробовував РТ» [6]. Саме тому вираженість тривожності та її перебіг у часі й у різних життєвих ситуаціях можна розцінювати як інтегральний показник адаптаційних властивостей людини, стабільності її психіки, особистості та поведінки і використовувати для прогнозу якості терапевтичних ремісій.

Для досягнення зазначеної мети проведено клініко-анамнестичний аналіз матеріалів психопатологічного обстеження 252 хворих на алкогольну залежність (АЗ) II стадії у віці від 20 до 50 років,

які належать до поширених професій, у виробничих процесах яких наявні певні комплекси негативних професійних факторів [7, 8].

Пацієнтів було розподілено на групи. Першу становив 141 пацієнт, який перебував на етапі купірованого синдрому відміни алкоголю (СВА) створеним нами препаратом складної адаптаційно-метаболічної дії [9, 10] (6–15-й дні тверезості). Перше дослідження передбачало перше та друге вимірювання (без додаткового стрес-навантаження), третє вимірювання (із додатковим стрес-навантаженням). У другу групу увійшли 111 хворих після стресопсихотерапії (СПТ) за методом О. Р. Довженка [11] (25–30-й дні тверезості). Друге дослідження передбачало перше і друге вимірювання (без додаткового стрес-навантаження), третє вимірювання (із додатковою стрес-провокацією). Стрес-навантаження використовувалося із провокативною метою для встановлення стадій загальної неспецифічної реакції на стрес (ЗНРС). Як дозована стрес-провокація використовувався електростимулятор м'язів «Стимул-1», що генерує змінний струм силою 8 мА протягом 1 с з інтервалом 2 с: загалом 7 імпульсів загальною тривалістю 21 с. Електроди накладалися на передпліччя лівої руки. Під час подавання напруги у пацієнтів виникали: реакція тривоги, страху, почервоніння обличчя; падіння або збільшення артеріального тиску; почастишання пульсу та дихання; іноді — скорочення м'язів передпліччя зі згинанням IV та V пальців, а також полярні стани — збудження або загальмованість, захисна поведінка.

На тлі зазначеного стрес-навантаження (стрес-провокації) досліджувався стан тільки РТ, яка постійно змінюється у відповідь на ті чи інші чинники, події та зміни зовнішнього та внутрішнього середовищ. При цьому клініко-статистичним аналізом було охоплено шість професійних груп хворих на АЗ: I ($n = 18$) — водіїв автотранспорту, II ($n = 17$) — електрогазозварників та ливарників, III ($n = 30$) — пацієнтів, що зайняті на холодній обробці металу, — слюсарів, рубщиків металу, IV ($n = 12$) — будівельників, V ($n = 27$) — робітників хімічного виробництва, VI ($n = 37$) — офісних працівників. Структуру професійних шкідливостей та їх негативні загальнобіологічні ефекти подано у табл. 1, 2.

Середній показник РТ при першому вимірюванні в обстежених осіб на етапі купірованого СВА (перше дослідження — $41,42 \pm 3,56$ бала) відповідає нормі (31–45 балів) (табл. 3). Найбільший цей показник зафіксовано в V профгрупі — $48,60 \pm 3,60$ бала ($p < 0,05$). У I та III профгрупах він був на верхній межі норми: відповідно $45,66 \pm 2,34$ та $45,00 \pm 4,50$ бала ($p < 0,05$), найменшим — у IV — $32,50 \pm 3,60$ бала та в II — $36,28 \pm 3,80$ бала ($p < 0,05$).

Таким чином, після купірування СВА високий рівень РТ був характерний для V, I та III профгруп, що відображає високий рівень мобілізаційних процесів. Низький рівень РТ у IV та II групах відображає стани резистентності або виснаження ЗНРС.

Після СПТ (тобто при другому дослідженні) показник РТ при першому вимірюванні різко впав до нижньої межі норми і досяг у середньому за вибіркою $34,24 \pm 4,64$ бала ($p < 0,05$), що свідчить про позитивний ефект СПТ.

Після застосування додаткового дозованого стрес-навантаження (електрострес-провокація) на етапі купірованого СВА (перше дослідження, третє вимірювання) визначається тенденція зниження цього показника (від $41,42 \pm 3,56$ до $39,83 \pm 2,73$ бала). Після СПТ та електрострес-навантаження цей показник залишається без достовірних змін (відносно третього вимірювання першого дослідження) — $40,31 \pm 2,73$ бала і є більш високим, ніж при дослідженні без стрес-провокації (друге дослідження, перше вимірювання, $p < 0,05$).

Зазначене свідчить про стан резистентності до додаткових стрес-навантажень у хворих на АЗ після СПТ.

Після СПТ найбільше цей показник знизився при першому вимірюванні в V групі (від $48,60 \pm 3,50$ до $33,00 \pm 3,30$ бала, $p < 0,05$), у IV — від

Таблиця 1

Негативні характеристики виробничого процесу у хворих на алкогольну залежність, які належать до різних професій

Характеристики	Групи					
	I	II	III	IV	V	VI
Токсичні речовини	+	+	-	-	+	-
Пил, абразиви	+	+	+	-	+	-
Кислоти, луги, мастила	-	-	-	-	+	-
Інфрачервоне та ультрафіолетове випромінювання	-	+	-	-	-	-
Електромагнітні хвилі та поля	-	-	+	-	-	-
Шум та вібрація	+	-	+	-	-	-
Інфра- та ультразвукові коливання	+	-	+	-	-	-
Висока та низька температура у робочій зоні, атмосферні явища	+	+	-	+	+	-
Перенапруження нервової системи, зору та слуху	+	-	-	-	-	-
Монотонна робота	-	-	+	+	-	+
Перенапруження окремих м'язів	-	+	+	+	-	-
Примусове положення тіла	+	-	-	-	-	-
Гіподинамія	+	-	-	-	+	+

Таблиця 2

Негативні впливи деяких виробничих факторів на здоров'я осіб, які належать до різних професій

Фактори	Негативні наслідки
Токсичні речовини	Нейродистрофічні процеси: у передніх відділах мозку із виникненням психоорганічного синдрому; у системах «гіпоталамус — гіпофіз — наднирники», «гіпоталамус — гіпофіз — статеві залози»; ураження серцево-судинної системи
Пил, абразиви	Ураження органів дихання: пневмоконіоз, бронхіт, бронхіальна астма, алергія; офтальмізм; порушення нервової та серцево-судинної систем
Інфрачервоне та ультрафіолетове випромінювання; електромагнітні хвилі та поля	Порушення нервової та серцево-судинної систем
Кислоти, луги, мастила	Шкіряні захворювання, алергії; ураження органів дихання
Шум, вібрація	Зміни серцево-судинної, ендокринної, центральної та вегетативної нервової систем; зростання збудливості вестибулярного апарата
Інфра- та ультразвукові коливання	Пригнічення діяльності центральної нервової, дихальної, ендокринної та інших систем; падіння працездатності
Висока та низька температура в робочій зоні	Порушення водно-сольового обміну
Нервово-психічне напруження; монотонія	Перенапруження та виснаження нейроендокринної, серцево-судинної та інших систем, кори наднирників, адаптаційних реакцій; зниження резистентності організму
Перенапруження м'язів, примусове положення тіла	Змінення осанки, скелету, розвиток профзахворювань
Гіподинамія	Порушення нервової, серцево-судинної, ендокринної та інших систем

Таблиця 3

Середні показники реактивної та особистісної тривоги у хворих на алкогольну залежність на різних етапах лікування (M±m) (за Ч. Д. Спілбергером — Ю. Л. Ханіним)

Етап лікування	Реактивна тривога	Особистісна тривога	Реактивна тривога після додаткової стрес-провокації
Купірований СВА (6–15-й дні тверезості), професійні групи (перше дослідження):	Перше вимірювання	Перше вимірювання	Третє вимірювання
I	45,66±2,34	45,56±3,54	46,50±1,50
II	36,28±3,80	42,50±3,60 ¹	35,00±3,35
III	45,00±4,50	46,60±2,60	29,50±3,50 ¹
IV	32,50±3,60	45,33±4,30 ¹	40,00±3,50 ¹
V	48,60±3,60	46,33±3,30	48,00±0,50
VI	40,50±3,50	46,60±5,50 ¹	40,00±4,12
Загалом	41,42±3,56	45,49±3,81 ¹	39,83±2,73 ¹
Після СПТ (на 25–30-й дні тверезості), професійні групи (друге дослідження):	Перше вимірювання	Перше вимірювання	Третє вимірювання
I	44,50±1,70	43,50±2,5	47,35±1,50 ¹
II	32,83±4,20 ²	35,25±1,12 ²	34,00±3,25
III	31,20±2,80 ²	40,80±1,50 ^{1, 2}	31,50±3,50
IV	35,00±1,36	40,50±0,50 ^{1, 2}	41,00±3,50 ¹
V	33,00±3,30 ²	30,00±0,00 ^{1, 2}	46,00±0,50 ¹
VI	28,90±4,50 ²	37,50±2,50 ^{1, 2}	42,00±4,12 ¹
Загалом	34,24±4,64 ²	37,93±3,01 ^{1, 2}	40,31±2,73 ¹

¹ Достовірна різниця показників РТ та ОТ з показниками першого вимірювання (перше та друге дослідження);

² достовірна різниця показників РТ та ОТ з показниками першого дослідження (перше та третє вимірювання).

Питома вага хворих, залежних від алкоголю, з різними показниками реактивної та особистісної тривоги на різних етапах лікування

Показники	Купірований СВА		Після СПТ	
	перше дослідження		друге дослідження	
	перше вимірювання	після стрес-провокації (третє вимірювання)	перше вимірювання	після стрес-провокації (третє вимірювання)
А. Реактивна тривога, бали:				
високі (> 45)	31,91	26,19	31,53	23,19
низькі (< 31)	23,40	38,101	16,22	31,881
у межах норми (31–45)	44,68	35,7	52,25	44,93
Б. Особистісна тривога, бали:				
високі (> 45)	30,23	не проводилося	28,95	не проводилося
низькі (< 31)	13,95	—	42,11 ²	—
у межах норми (31–45)	55,81	—	28,95 ²	—

Примітка. Достовірна різниця ($p < 0,05$) з показниками: ¹ — першого вимірювання; ² — другого дослідження.

40,50±3,50 до 28,90±4,50 бала ($p < 0,05$) та в III — від 45,00±4,50 до 31,20±2,80 бала ($p < 0,05$).

Застосування додаткового електрострес-навантаження після СПТ (третє вимірювання другого дослідження) провокує підвищення ($p < 0,05$) РТ (відносно першого вимірювання) — від 34,24±4,64 до 40,31±2,73 бала ($p < 0,05$), найбільш виражене ($p < 0,05$) у I профгрупі — від 44,50±1,70 до 47,35±1,50 бала, у IV — від 35,00±1,36 до 41,0±3,50 бала, у V — від 33,00±3,30 до 46,00±0,50 бала та у VI — від 28,90±4,50 до 42,00±4,12 бала. Це свідчить про збереженість у пацієнтів зазначених професійних груп стану високої реактивності психічних процесів після СПТ, яка віддзеркалюється й при додатковому електрострес-навантаженні.

На нашу думку, більш високу цінність в оцінці психічного статусу хворих на АЗ на різних етапах лікування мають не середні значення показників РТ та ОТ, а відсоткові коливання кількості осіб із високими та низькими значеннями РТ та ОТ у професійних групах.

Так, високі показники РТ (понад 45 балів) на етапі купірованого СВА (перше дослідження) препаратом адаптаційно-метаболическої дії були в середньому у 31,91 % пацієнтів, низькі — у 23,40 %, на рівні норми — у 44,68 % (табл. 4). Нормальні та низькі рівні РТ на етапі купірованого СВА свідчать про високу антитривожну та антистресову ефективність застосованого препарату та про позитивний прогноз перебігу АЗ у цих хворих.

Найчастіше високі показники РТ на етапі купірованого СВА (перше дослідження) спостерігалися в обстежених I (у 55,56 % осіб) професійної групи, найменший відсоток хворих на АЗ із високим рівнем РТ зафіксовано в IV та II групах (відповідно у 16,67 та 17,65 % осіб). Низькі значення цього показника найчастіше визначалися в IV групі (у 41,67 % випадків); рідко — у II (у 5,88 %).

Нормальні показники РТ найчастіше зафіксовано у II (76,47 % випадків) та VI (у 51,35 %) групах. У II профгрупі вони спостерігалися тільки в 11,11 % пацієнтів.

Таким чином, найчастіше реагують станами РТ на соціально-психологічні стресори при першому дослідженні (тобто після купірування СВА препаратом адаптаційно-метаболическої дії) хворі на АЗ I професійної групи; рідше — обстежені IV, II та VI груп. Відбувається таке в I групі внаслідок того, що більшість із осіб мають високі функціонально-фізіологічні та психологічні показники і постійно перебувають на стадії мобілізації ЗНРС. Хворі на АЗ IV професійної групи частіше мають нормальні (у 41,67 % випадків) та низькі (у 41,67 %) показники РТ, а II групи, що зовсім несподівано, — нормальні показники (у 76,47 %).

Після застосування додаткового дозованого електрострес-навантаження на етапі купірованого СВА (третє вимірювання під час першого дослідження), яке є провокуючим фактором та стимулює (або виснажує) захисні реакції, показники РТ у хворих на АЗ змінювалися.

Так, за усією вибіркою хворих на АЗ, питома вага осіб із високими (понад 45 балів) рівнями РТ (тобто із високою чутливістю нервової системи до стресу) зменшилась у цілому за вибіркою недостовірно від 31,91 до 26,19%; із низькими (менше 31 бала) рівнями (тобто із малою реактивністю) — зросла від 23,4 до 38,1 % ($p < 0,05$); із нормальними значеннями (31–45 балів) — недостовірно зменшилася від 44,68 до 35,71 %, віддзеркалюючи, таким чином, виникнення стадій резистентності або виснаження ЗНРС у частини обстежених.

Кількість хворих на АЗ із високими показниками РТ після додаткового стрес-навантаження (третє вимірювання під час першого дослідження)

залишилася найвищою у I та VI клінічно та професійно благополучних групах (відповідно у 50,0 та 33,33%), що свідчить про збереженість мобілізаційних процесів у цих обстежених.

Найбільша ($p < 0,05$) кількість пацієнтів із низькими показниками РТ після додаткового стрес-навантаження (третє вимірювання під час першого дослідження) зросла у II (від 5,88 до 50,00%), V (від 18,52 до 50,00%), VI (від 24,32 до 44,44%) та III (від 23,33 до 40,00%) групах за рахунок зменшення ($p < 0,05$) кількості хворих із нормальними показниками РТ (у II профгрупі — від 76,47 до 25,00%; у V — від 44,44 до 25,00%; у VI — від 51,30 до 22,22%) та високими показниками — у III групі (від 36,67 до 13,33%). Таким чином, дозоване електрострес-навантаження вже при першому дослідженні визначає кількісні та якісні зміни показника РТ, тобто є прогностичним критерієм для оцінки можливої ефективності наступної СПТ.

У результаті СПТ (тобто під час другого дослідження, перше вимірювання) чисельність хворих на АЗ із високими показниками РТ (відносно першого дослідження та першого вимірювання) практично не змінилася — 31,53 проти 31,91% (табл. 4). Питома вага хворих на АЗ із низькими показниками РТ недостовірно зменшилась (відповідно від 23,40 до 16,22%), а з нормальними — недостовірно збільшилася (відповідно від 44,68 до 31,88%).

Після СПТ на тлі додаткового дозованого стрес-навантаження (тобто під час другого дослідження, третього вимірювання) кількість хворих із високими показниками РТ недостовірно зменшилася відносно першого дослідження — від 26,19 до 23,19%, а відносно другого дослідження першого вимірювання — від 31,53 до 23,19% (табл. 4). Кількість хворих на АЗ із низькими показниками РТ відносно третього вимірювання першого дослідження недостовірно зменшилася (від 38,10 до 31,88%) й достовірно зросла відносно першого вимірювання другого дослідження (від 16,22 до 31,88%).

Найбільша кількість хворих із високими (> 45 балів) значеннями РТ при третьому вимірюванні другого дослідження була в V (55,56% випадків) та I (42,86%) профгрупам, найменша — у II (10,00%), III (13,33%) та VI (14,29%) групах (при $p < 0,05$ поміж групами: I–II; I–III; I–VI; II–IV; II–V; III–IV; III–V; IV–V; V–VI).

Найбільша кількість пацієнтів із низькими (< 31 бала) значеннями РТ при третьому вимірюванні другого дослідження була у III (66,67%) та IV (42,86%) групах; найменша — у VI (9,52%) та V (11,11%) групах ($p < 0,05$ поміж усіма групами, окрім I–II; I–III; II–IV; V–VI).

Середній показник ОТ за усією вибіркою хворих на АЗ при першому дослідженні (тобто на етапі купірування СВА препаратом складної адаптаційно-метаболическої дії — перше вимірювання) був дещо вище норми (у середньому $45,49 \pm 3,81$ бала). Приблизно однаково, ледь вище норми, він зафіксований в усіх професійних групах ($45,40$ – $46,40$ бала), крім II — $42,50 \pm 3,60$ бала.

Після СПТ (тобто при першому вимірюванні другого дослідження) середній показник ОТ за усією вибіркою хворих різко знизився і досяг $37,93 \pm 3,01$ бала ($p < 0,05$). Найбільше він знизився в V та II групах (до $30,00 \pm 0,10$ та $35,25 \pm 1,12$ бала відповідно). Отже, рівень ОТ теж є клініко-динамічним, а не стабільним показником із високим прогностичним значенням, він змінюється під впливом: позбавлення від СВА препаратом адаптаційно-метаболическої дії, СПТ, професійних шкідливостей із масивним токсикохімічним складом.

Зниження рівня ОТ, що, на думку авторів методики [12], не повинен різко змінюватися протягом короткого часу між дослідженнями (10–40 дн), скоріше за все відображає глибокі позитивні впливи застосованої СПТ саме на особистість хворого із АЗ.

Рівень ОТ перебував у межах норми у 55,81% хворих на етапі купірування СВА (при першому вимірюванні першого дослідження); вище норми — у 30,23% та нижче норми — у 13,95%. При цьому найбільша питома вага обстежених із високими показниками ОТ була в III (40,00%) та II (37,50%) групах; у 2 рази меншою — у VI (20,00%); не було таких осіб у IV профгрупі (статистично достовірні розбіжності були між IV та іншими групами, а також між II–VI, III–VI, V–VI).

Найбільшу питому вагу хворих на АЗ із низькими значеннями ОТ при першому дослідженні виявлено у IV та V групах (по 33,33%); значно меншу — у I, III, VI та II професійних групах (відповідно в 11,11; 10,00; 10,00 та 12,50%).

Найбільшу питому вагу хворих із нормальними (середніми) значеннями ОТ визначено у VI (70,00%) та IV (66,67%) — клінічно та професійно благополучних групах; найменшу — у V групі (33,33%). Статистично достовірними були розбіжності між I–V; II–VI; III–VI; IV–V; V–VI групами.

Питома вага пацієнтів із низькими показниками ОТ зросла після СПТ (тобто при другому дослідженні) — від 13,95 до 42,95% ($p < 0,05$); із нормальними значеннями зменшилася — від 55,81 до 42,11% ($p < 0,05$); із високими значеннями недостовірно знизилася від 30,23 до 28,95% (табл. 4).

Найбільша питома вага хворих із високими значеннями ОТ — після СПТ (друге дослідження) була в I (50,00%) та VI (42,86%) групах; не було пацієнтів із такими значеннями ОТ у IV та

Сумарна кількісно-якісна оцінка негативних характеристик реактивної та особистісної тривоги у хворих на алкогольну залежність, які належать до різних професій

Негативні характеристики	Професійні групи					
	I	II	III	IV	V	VI
РТ — етап купірування СВА (перше дослідження, перше вимірювання)	4	1	2	1	6	1
ОТ — етап купірування СВА (перше дослідження, перше вимірювання)	3	2	4	1	4	3
РТ — етап купірування СВА на тлі додаткового стрес-навантаження (перше дослідження, друге вимірювання)	4	2	1	3	5	3
РТ після СПТ (друге дослідження, перше вимірювання)	2	1	2	1	2	2
ОТ після СПТ (друге дослідження, перше вимірювання)	2	1	2	0	0	2
РТ після СПТ на тлі додаткового стрес-навантаження (друге дослідження, третє вимірювання)	4	2	1	3	4	3
Загальна кількість негативних характеристик	11	5	10	3	12	8
Рангове місце	2-е	5-е	3-є	6-е	1-е	4-е

Примітка. В негативні бали увійшли високі показники (вище 45 балів) РТ та ОТ й високі відсотки частоти їх наявності.

V групах ($p < 0,05$ між усіма групами, окрім I–III; I–VI; II–V; III–VI; IV–V).

Найбільша кількість пацієнтів із низькими показниками ОТ в V групі (100%); не було таких пацієнтів в I групі, а у VI — 14,29% ($p < 0,05$ між I та іншими групами, II–V; III–V; III–VI; IV–V; IV–VI; V–VI).

Найбільшу кількість обстежених із нормальними значеннями ОТ зафіксовано у IV (66,67%) та II (62,50%) профгруп; не було таких у V групі, 25,00% — у III ($p < 0,05$ між групами: I–III; I–V; II–III; II–V; II–VI; III–IV; III–VI; IV–V; IV–VI; V–VI).

Таким чином, зміни показників РТ і ОТ на етапах становлення терапевтичної ремісії відбуваються у 70,0% хворих на АЗ.

При сумарній кількісно-якісній оцінці негативних характеристик РТ (табл. 5) на етапі купірування СВА (6–15-й дні тверезості — перше дослідження) хворих різних професійних груп розподілено за чотирма ранговими місцями: перше — V група, друге — I; третє — III, четверте — II, IV та VI.

За негативними характеристиками ОТ (при першому дослідженні) пацієнтів також було розподілено за чотирма ранговими місцями, але в іншому порядку: перше місце — V та III групи, друге — I та VI, третє — II, четверте — IV.

При сумарній кількісно-якісній оцінці негативних характеристик РТ після СПТ (друге дослідження) обстежених розподілено в іншій ранговій послідовності: перше місце — I, III, V, VI професійні групи, друге — II та IV.

За показниками ОТ хворих різних профгруп після СПТ (друге дослідження) розподілено за трьома ранговими місцями: перше — I, III, VI, друге — II, третє — IV та V.

За показниками загальної кількості негативних характеристик було визначено, що до найбільш неблагополучних відносно РТ та ОТ як на етапі купірування СВА (6–15-й дні тверезості), так і після СПТ (25–50-й дні тверезості), належать хворі на АЗ, які працюють на хімічному виробництві, — V група (перше рангове місце), на другому місці — водії (I), на третьому — пацієнти, які зайняті на гарячій обробці металу (II), та офісні працівники (VI), на четвертому — особи, що зайняті на холодній обробці металу (III), на п'ятому — будівельники (IV).

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що для кожної професійної групи хворих на АЗ на різних етапах становлення ремісії є характерною певна частота високих, нормальних та низьких показників РТ та ОТ.

Установлені зміни середніх показників РТ та ОТ, а також загальної кількості частоти високих та низьких їх значень у пацієнтів на етапах до і після адаптаційно-метаболическої терапії, до і після стресопсихотерапії можуть служити інтегральними показниками ефективності лікування при алкогольній хворобі взагалі та зокрема — в кожній професійній групі.

Використання дозованого електрострес-навантаження на етапах до СПТ дає змогу надавати ранній прогноз її результатів у кожній професійній групі хворих на АЗ.

Ретроспективний аналіз показників РТ у 83 хворих на АЗ, які протягом 2–5 років перебувають у терапевтичній ремісії, встановив у них більш високі ($p < 0,001$) значення (у середньому $49,6 \pm 1,6$ бала), ніж у 48 пацієнтів із наступним (протягом 2–5 міс після завершення лікування) рецидивом алкогольного зловживання (у середньому $39,9 \pm 2,68$ бала). Це свідчить про те, що

на етапі купірованого СВА (перше дослідження) хворі на АЗ, у яких надалі спостерігалася терапевтична ремісія, відчували більш виражене «стрес-очікування» перед СПТ, ніж пацієнти із наступним рецидивом (тобто для перших були характерними більш суттєві мобілізаційні реакції).

Проаналізувавши матеріали дослідження хворих на АЗ після додаткового електрострес-навантаження на етапі купірованого СВА (друге дослідження, третє вимірювання), ми виявили, що у пацієнтів ремісійної групи було різке зниження ($p < 0,05$) рівня РТ (у середньому до $37,6 \pm 3,55$ бала), що свідчить про стан резистентності до стрес-подразнень у цих хворих, тобто про можливість відчувати себе більш спокійними у широкому діапазоні дії негативних стрес-чинників.

У пацієнтів із наступним рецидивом алкогольної інтоксикації рівень РТ у стані купірованого СВА (перше дослідження) як до, так і після електрострес-провокації (перше та третє вимірювання) залишався на постійному, нижчому рівні, віддзеркалюючи стан виснаження ЗНРС. Саме цей стан обумовив відсутність мобілізаційних процесів у таких пацієнтів після СПТ.

Проведене дослідження об'єктивних (біологічних — перше повідомлення) та психопатологічних, суб'єктивних характеристик (друге повідомлення) у хворих на АЗ свідчить про більш високе прогностичне значення саме біологічних, об'єктивних критеріїв оцінки терапевтичної ремісії, особливо після стрес-провокації.

Список літератури

1. *Ананьев Б. Г.* О проблемах современного человекознания / Б. Г. Ананьев.— М.: Наука, 1977.— 205 с.
2. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев.— Л.: Изд-во ЛГУ, 1968.— 165 с.
3. *Чернобровкина Т. В.* Феноменология наркоманического гомеостаза: от энзимодиагностики к энзимотерапии / Т. В. Чернобровкина // Наркология.— 2004.— № 3.— С. 59–69.
4. *Артемчук А. Ф.* Математические модели экзоэндо-экологических взаимодействий при подростково-юношеской алкогольной зависимости / А. Ф. Артемчук // Международный мед. журн.— 2002.— Т. 8, № 4.— С. 53–60.
5. *Панферов П. Н.* Психология человека / П. Н. Панферов.— СПб.: Изд. В. А. Михайлов, 2000.— 287 с.
6. *Ханин Ю. Л.* Тревожность как черта личности и свойство / Ю. Л. Ханин // Вопр. психологии.— 1978.— № 6.— С. 95.
7. *Артемчук А. П.* Клініка алкоголізму у осіб різного фаху та її залежність від дії негативних проффакторів / А. П. Артемчук // Укр. вісн. психоневрології.— Харків, 1996.— Т. 4, вип. 5 (12).— С. 8–9.
8. *Артемчук А. П.* Токсичні (поєднані) ефекти етанолу і факторів виробничого середовища при алкоголізмі / А. П. Артемчук // Довкілля та здоров'я.— Полтава, 2000.— № 4 (5).— С. 46–50.
9. Деклараційний патент на винахід № 42478 А, UA, А 61 К 3100. А. П. Артемчук, Г. Х. Божко, О. А. Артемчук. Спосіб лікування алкоголізму. Опубл. 15.10.2001; бюл. № 9.— 4 с.
10. Деклараційний патент на винахід UA 72687 А; А 61 К 31/00. А. П. Артемчук, Г. Х. Божко, О. А. Артемчук. Спосіб лікування алкоголізму. Опубл. 15.03.2005; бюл. № 3.— 4 с.
11. *Довженко А. Р.* Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: метод. рек. / А. Р. Довженко.— М., 1984.— 12 с.

ВЫРАЖЕННОСТЬ И ТЕЧЕНИЕ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ, КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

А. П. АРТЕМЧУК, О. А. АРТЕМЧУК, К. А. АРТЕМЧУК

Представлены материалы многолетних комплексных исследований психопатологических прогностических критериев вероятности формирования терапевтической ремиссии у больных, зависимых от алкоголя, после стрессопсихотерапии по методу А. Р. Довженко.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, реактивная и личностная тревога, этапы лечения, стресс-нагрузка, прогноз.

EXPRESSION AND COURSE OF STATE AND TRAIT ANXIETY IN ALCOHOL-DEPENDENT PATIENTS AS INTEGRAL PROGNOSTIC INDICATORS OF FORMING THERAPEUTIC REMISSION

A. P. ARTEMCHUK, O. A. ARTEMCHUK, K. A. ARTEMCHUK

The materials of multi-year complex research of psychopathological prognostic criteria of probability of forming therapeutic remission in patients with alcohol addiction after stress-psychotherapy by the method of O. R. Dovzhenko are presented.

Key words: alcohol addiction, state and trait anxiety, stages of treatment, stress-loading, prognosis.

Надійшла 11.04.2017