

Фітькало О. С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

Алкогольна адикція в структурі розладів адаптації

Значне підвищення довготривалого стресового навантаження населення України, спричинене нестабільністю політичної, економічної ситуації, соціальною напруженістю, трудовою еміграцією, війною, пандемією Covid-19, є сьогодні тією низкою найнесприятливіших факторів, які провокують психічні розлади та призводять до зростання рівня зловживання психоактивними речовинами, зокрема алкоголем. Стресогенна ситуація зумовлює розвиток численних емоційних розладів клінічного та субклінічного рівнів у осіб, які брали участь у бойових діях. Зниження впливу негативних емоцій відбувається у багатьох із них через втечу в ілюзійний простір, далекий від реальності. І тоді адиктивний агент (сигарета, алкоголь, наркотик) «приходить на допомогу», штучно змінюючи стан свідомості особи, узалежнюючи її як тілесно, так і психологічно, що серйозно порушує її психологічний стан, зменшує адаптаційний потенціал. Беручи до уваги, що усвідомлене мислення, сприйняття, очікування мають на меті подолати стресову ситуацію, адаптуватись через зміну особистісних думок, досягти дієвішого рівня психологічної стійкості, особливої значущості набуває проблема адаптації учасників бойових дій до мирного життя. Психологічна стійкість, або гнучкість, є «процесом опору складним обставинам, зусиллям, яке людина докладає, щоб розв'язати особистісні й міжособистісні проблеми, бажанням підкорити собі, мінімізувати, скоротити чи перетерпіти стресову ситуацію. Кожний індивід має власний, неповторний стиль психологічної пружності, який є комбінацією навичок боротьби зі стресом, що поступово формується протягом життя».

Згідно з аналізом наукових джерел, докладно вивчені передумови виникнення та чинники формування девіантної поведінки, діагностика тяжких когнітивних розладів (делірію, вираженої деменції, амнестичних розладів), розроблені й апробовані методи психокорекції та психопрофілактики алкогольного узалежнення. Однак це ніяк не вплинуло на статистику алкогольної залежності, яка, за сучасними реаліями, становить загрозу для нації. Вважаємо, що в цьому разі мало вивченим є вплив незначних когнітивних порушень на алкогольне узалежнення, асоційоване з депресією, що є проблемою адаптації учасників бойових дій.

Тому метою дослідження було вивчення особливостей перебігу когнітивних розладів у пацієнтів з алкогольною адикцією, асоційованою з депресією.

Матеріали та методи. 430 пацієнтів (учасників бойових дій на Сході України) брали участь у дослідженні, були поділені на три підгрупи і пере-

бували на лікуванні у 16 відділенні військового госпіталю м. Львова та на базі Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», клінічного відділення № 31 з приводу алкогольної залежності.

В дослідженні використовували комплекс психодіагностичних методик: шкалу МоСА; шкалу MMSE; методику діагностики депресивної симптоматики — «Шкалу депресії Бека» (Beck Depression Inventory), шкалу Спілбергера — Ханіна. Оцінку частоти і об'ємів споживання алкоголю здійснювали за допомогою трьох перших запитань опитувальника AUDIT, більш відомих під назвою AUDIT-C. Застосування такого, нескладного опитувальника використовували для стимулювання пацієнта до комплаєнсного саморозкриття загрозливого вживання алкоголю.

Діагностика психологічних наслідків травматичного стресу показала, що у більшості пацієнтів — у 370 (86 %) спостерігаються наслідки бойового стресу, які негативно впливають на перебіг та лікування основного захворювання. Зрозуміло, така ситуація була для них вкрай стресовою, проявлялась явною тривогою, що відображено в процесі тестування за шкалами МоСА та MMSE, Бека, Спілбергера — Ханіна.

Гіпотеза дослідження полягала в тому, щоб за допомогою багатоваріантного регресивного аналізу підтвердити можливість впливу когнітивних розладів на перебіг алкогольної адикції, асоційованої з депресією, з виділенням найпоширеніших ознак когнітивної сфери: порушення абстрактно-логічних функцій, когнітивні спотворення у вигляді афективної логіки.

Результати. На початку дослідження клінічна картина мала такий вигляд: усі скарги пацієнтів були пов'язані переважно із невротичною реакцією (патологічною тривогою), яка зумовлює формування нейровегетативного синдрому. Більшість пацієнтів скаржились на загальну слабкість — 362 (84,1 %) особи, періодичний головний біль — 297 (69,1 %), швидку втомлюваність — 308 (71,6 %), емоційну нестійкість — 299 (69,5 %), зниження пам'яті відзначено у 275 (63,9 %) осіб. Майже всі пацієнти відзначали запаморочення, шум у голові, знижену працездатність, порушення сну, біль різної локалізації, рідко скаржились на розлади пам'яті й уваги, хронічну напруженість. Згодом деякі з них починали проявляти невласливі їм раніше гіперзбудливість, дратівливість, агресію, прискіпливість, озлобленість, цинічність і недисциплінованість.

Під час першої зустрічі звернено увагу на поведінку пацієнтів, які поводитися неспокійно, від-

чували суб'єктивний дискомфорт, напруженість, скутість. Уся досліджувана група була стривожена очікуванням незрозумілих труднощів, які втомлювали, виснажували, спричиняли нестабільність психоемоційного стану. Зокрема, невмотивоване занепокоєння відзначалося у пацієнтів основної групи в 262 (60,9 %) випадках. Під час опитування пацієнтів одними з найпоширеніших були скарги на тривожність. Тривогу, пригнічений настрій відзначали практично всі 100 % учасників дослідження. Стонлюваність — найпоширеніша скарга, яка практично завжди супроводжує тривогу та депресію, була на першому місці під час опитування пацієнтів.

Розподіл підвищеної тривожності у значної частини основної групи пацієнтів становив: 1 підгрупа — 98 (62,8 %) пацієнтів; 2 підгрупа — 74 (49,3 %); 3 підгрупа — 59 (47,5 %). Внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися констатували 77 (49,3 %) обстежених першої підгрупи, 74 (49,3 %) — другої підгрупи та 60 (48,3 %) третьої підгрупи.

На момент першого обстеження (до лікування) рівень когнітивних порушень за шкалою MMSE був таким: у 212 (49,3 %) осіб основної групи виявлено легкі когнітивні порушення (27—28 балів), у 160 (37,2 %) осіб — помірні (25—27 балів), у 58 (13,5 %) осіб — тяжкі (20—23 балів).

Отже, за шкалою MMSE порушення когнітивної функції відзначалися у 100 % (430 осіб) пацієнтів, що свідчить про характерні патологічні зміни, пов'язані із серйозними чинниками ризику.

За даними опитувальника AUDIT, в період підвищеної тривожності 240 (55,8 %) пацієнтів змінювали манеру споживання спиртних напоїв — починали пити на самоті, невеликими порціями, 7 (1,6 %) осіб вживали алкоголь у великих дозах. Як показали результати дослідження сучасних клініко-психопатологічних особливостей формування алкогольної залежності у пацієнтів основної групи, її причиною були тривожно-депресивна — 241 (56 %), дисфорично-експлозивна — 110 (25,6 %) та агресивна — 80 (18,6 %) форми сп'яніння, які залежали від мотивів вживання алкоголю.

Діагностика депресивної симптоматики дала змогу встановити, що у 214 (49,8 %) пацієнтів виявлені ознаки середнього та високого ступеня депресії. Проводячи порівняльний аналіз результатів діагностики психологічних наслідків травматичного стресу та ступеня депресії, ми встановили корелятивну залежність ступеня депресії від рівня бойового стресу: чим вищий прояв бойового стресу, тим суттєвішими були ознаки депресії ($p < 0,05$). Отже, ознаки депресивного стану та розвиток симптоматики посттравматичного стресового розладу корелював із значними негативними характеристиками психічного стану учасників бойових дій після їх завершення.

Все це наштовхнуло нас на думку, що вчорашні учасники бойових дій потребують емоційної підтримки, психологічного супроводу для зниження негативних наслідків бойового травматичного стресу, тих чи тих симптомів, якими «нагородила» їх війна. Психологічний супровід має бути спрямований на відновлення психоемоційного та морально-психологічного стану, на основі якого визначатимуть подальші напрями реабілітаційних заходів, розроблятимуть рекомендації з індивідуальної роботи з такими пацієнтами.

Отже, дослідження когнітивних змін при алкогольній адикції, асоційованої з депресією, передбачає раннє, своєчасне виявлення порушень, що дасть змогу загальмувати, попередити розвиток важких депресивних проявів та, без сумніву, покращить якість життя хворого.

Тому виникає нагальна потреба у підвищенні рівня діагностики на етапі помірних порушень когнітивних функцій, а при можливості — і легких когнітивних розладів, що поліпшить лікування та реабілітаційний процес цієї категорії пацієнтів.

Висновок. Обґрунтовано діагностику незначних когнітивних порушень при алкогольній адикції чутливими, валідними шкалами для ідентифікації порушень вищих психічних функцій легкого та середнього ступеня. Визначено необхідність лікування зазначеної категорії пацієнтів за допомогою комбінації фармакологічних засобів та когнітивно-поведінкової терапії.