

К. Д. Гапонов

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИРАЖЕНОСТІ ПРОЯВІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З РІЗНИМ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ТА РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

К. Д. Гапонов

Сравнительный анализ выраженности алкогольной зависимости у лиц с различным психотравмирующим опытом и уровнем психосоциального стресса

К. D. Gaponov

Comparative analysis of expression of alcohol developments in individuals with different mental experience and level of psychosocial stress

Мета роботи — проаналізувати наявність зв'язку між вираженістю алкогольної залежності (АЗ), наявністю психотравматичного досвіду та вираженістю психосоціального стресу для розуміння шляхів модифікації сучасних терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Протягом 2014—2018 років було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів — осіб, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України як учасники Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил; 89 вимушено переміщених осіб з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської областей; та 116 осіб — мешканців м. Харкова і Харківської області, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Встановлено закономірності щодо асоційованості алкоголізації та психосоціального стресу: 1) фактор важкості психосоціального стресу найбільшою мірою впливає на вираженість АЗ; 2) фактор участі у бойових діях та фактор вимушеного переселення можна розглядати як актуальні чинники алкоголізації; 3) фактор наявності психотравматичного досвіду сам по собі, не асоційований із вираженням реактування на стресову подію, не справляє суттєвого впливу на показники вираженості розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю.

Ключові слова: алкогольна залежність, психосоціальний стрес, психотравматичний досвід

Цель работы — проанализировать наличие связи между выраженностью алкогольной зависимости (АЗ), наличием психотравмирующего опыта и выраженностью психосоциального стресса для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетом обтягивающего действия стресса на формирование и течение АЗ.

В течение 2014—2018 годов было обследовано 312 мужчин, больных АЗ: 107 комбатантов — лиц, имеющих опыт участия в боевых действиях в качестве участников Антитеррористической операции и Операции Объединенных Сил; 89 вынужденно перемещенных лиц из временно оккупированных районов Донецкой и Луганской областей; и 116 человек — жителей г. Харькова и Харьковской области, которые не были комбатантами или вынужденно перемещенными лицами.

Установлены закономерности относительно ассоциированности алкоголизации и психосоциального стресса: 1) фактор тяжести психосоциального стресса в наибольшей степени влияет на выраженность АЗ; 2) фактор участия в боевых действиях и фактор вынужденного переселения могут рассматриваться в качестве актуальных факторов алкоголизации; 3) фактор наличия психотравмирующего опыта сам по себе, не ассоциированный с выраженным реагированием на стрессовое событие, не оказывает существенного влияния на показатели выраженности расстройств, связанных с употреблением алкоголя.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психосоциальный стресс, психотравмирующий опыт

The purpose of the work is to analyze the relationship between the severity of alcohol dependence (AD), the presence of traumatic experience and the severity of psychosocial stress, to understand the ways of modifying existing therapeutic and rehabilitation strategies, taking into account the aggravating effect of stress on the formation and progress of AD.

During 2014—2018, 312 men were diagnosed with AD: 107 combatants — persons who had the experience of engaging in combat operations in the East of Ukraine as participants in the Anti-Terrorist Operation and Operation of the Joint Forces; 89 forced displaced persons from temporarily occupied districts of Donetsk and Luhans'k region; and 116 people — residents of Kharkiv and Kharkiv region, who were not combatants or internally displaced persons.

The regularities concerning the association of alcohol abuse and psychosocial stress are established: 1) the factor of severity of psychosocial stress most influences the severity of alcohol dependence; 2) the factor of participation in combat operations and the factor of forced resettlement can be considered as actual factors of alcohol abuse; 3) the factor of presence of psychotraumatic experience in itself, not associated with a distinct response to a stressful event, does not significantly affect the indicators of the severity of alcohol-related disorders.

Key words: alcohol dependence, psychosocial stress, traumatic experience

Розмах медико-біологічних і соціально-економічних наслідків алкоголізації населення сучасної України дає підставу віднести алкогольну залежність (АЗ) до розряду медико-соціальної патології, що становить собою реальну загрозу здоров'ю нації. АЗ в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин (ПАР) домінує. За даними офіційної статистики, кількість пацієнтів, які перебувають на медичному обслуговуванні в наркологічних диспансерах України, до теперішнього часу досягає 1 млн осіб, а в структурі невідкладної допомоги розлади, зумовлені АЗ, займають одне з перших місць [1].

В Україні наразі виявляється низка несприятливих щодо розвитку АЗ факторів. Насамперед, мова йде про

фактори ризику, пов'язані із дією надсильних стресорів, як-от політична та економічна нестабільність та бойові дії на Сході України. Останній фактор також стосується значної частини населення — вимушених переселенців, яких на цей час зареєстровано вже понад 1 млн осіб, та учасників бойових дій і членів їхніх сімей [2, 3].

Отже, АЗ, будучи поширеною медико-соціальною проблемою, в умовах соціоекономічних змін та військових конфліктів набуває особливої актуальності й розповсюдженості. Сильний взаємозв'язок між АЗ та соціальним стресом встановлено як на генетичному і біохімічному (спільні гени та біохімічні речовини, які беруть участь у адаптації до стресу та розвитку залежності), так і на популяційному рівнях (АЗ частіше реєструється в осіб, які переживали більший стрес) [4, 5].

Однією із головних причин взаємозв'язку між експозицією до психотравматичного досвіду (у вимушених переселенців та військових) та АЗ є сила стресового фактору та кількість стресових подій, що перенесла людина протягом року: між цими чинниками та вживанням алкоголю, його зловживанням та формуванням залежності встановлено прямий кореляційний зв'язок [6, 7].

Мета роботи — проаналізувати наявність зв'язку між вираженістю АЗ, наявністю психотравматичного досвіду та вираженістю психосоціального стресу, для розуміння шляхів модифікації сучасних терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу на формування й перебіг АЗ.

З дотриманням інформованої згоди, на засадах принципів біоетики і деонтології, на базі КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» протягом 2014—2018 років було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ, з діагнозом F10.24 — вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність; F10.25 — постійне вживання; F10.26 — епізодичне вживання (дипсоманія). Критеріями включення пацієнтів в дослідження були наявність АЗ на момент звернення по спеціалізовану наркологічну допомогу (відповідно до критеріїв МКХ-10), стаж АЗ менше ніж 10 років та згода на участь у розроблених реабілітаційних заходах після виписки зі стаціонару. Критеріями виключення були наявність супутніх психічних та тяжких хронічних соматичних захворювань, а також залежності від інших ПАР.

Згідно з дизайном дослідження, загальну кількість обстежених склали три контингенти пацієнтів: 107 комбатантів — осіб, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України як учасники Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил; 89 вимушено переміщених осіб з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської областей; та 116 осіб — мешканців м. Харкова і Харківської області, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Клініко-психопатологічне оцінювання АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу, що був доповнений використанням, окрім клінічного структурованого інтерв'ю відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT (Т. F. Babor et al., 2001) — для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням алкоголю, та визначення ступеня небезпечності його вживання [8], шкали SADQ-C (Т. Stockwell et al., 1994) [9], адаптованої для роботи з вітчизняним контингентом пацієнтів [10] — для оцінки вираженості проявів АЗ.

Вимірювання тяжкості психосоціального стресу здійснювали за однойменною шкалою Л. Рідера [11] й шкалою психологічного стресу Lemur-Tessier-Fillion в адаптації Н. Є. Водопьянкової (PSM-25) [12]. Окрім вираженості психосоціального стресу, також оцінювали вираженість і структуру посттравматичного стресу за допомогою шкали впливу травматичної події (ШОВТП) М. Горовиця в адаптації Н. В. Тарабріної [13].

Аналіз показників психосоціального стресу дозволив згрупувати обстежуваних на групи з низьким, помірним та важким рівнем його вираженості: у разі, якщо показник за шкалою Л. Рідера складав до 0,99 балів, обстежуваного відносили до групи з низьким рівнем стресу; у разі, якщо показник був у межах 1,00—1,99 балів, обстежуваного відносили до групи з середнім (помірним) рівнем стресу; у разі, якщо показник перевищував 1,99 балів — до групи з важким рівнем стресу (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл обстежуваних з алкогольною залежністю за рівнем психосоціального стресу

Рівень психосоціального стресу	Комбатанти, n = 107		Вимушено переміщені особи, n = 89		Місцеві мешканці, n = 116	
	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%
низький	2	1,9	9	10,1	24	20,7
середній (помірний)	29	27,1	22	24,7	33	28,4
важкий	76	71,0	58	65,2	59	50,9

Отже, в кожному з обстежуваних контингентів було виокремлено по три групи, залежно від рівня стресу ($p < 0,01$).

Відносно низький рівень психосоціального стресу спостерігався у 2 (1,9 %) комбатантів (група К1), 9 (10,1 %) переселенців (група П1) і 24 (20,7 %) місцевих мешканців (група М1).

Середній рівень стресу було виявлено у 29 (27,1 %) комбатантів (група К2), 22 (24,7 %) переселенців (група П2) й 33 (28,4 %) місцевих мешканців (група М2).

Серед усіх контингентів обстежуваних превалювали особи з важким рівнем стресового навантаження, проте, їх кількісна представленість різнилась залежно від попереднього психотравматичного досвіду ($p < 0,01$): серед комбатантів важкий рівень психосоціального стресу встановлено у 76 (71,0 %) осіб (група К3), серед переселенців — у 58 (65,2 %) пацієнтів (група П3), міських мешканців — 59 (50,9 %) респондентів (група М3).

За результатами аналізу вираженості психосоціального стресу (за усередненими показниками) у обстежуваних виокремлених груп середні показники вираженості психосоціального стресу склали: К1 — $0,79 \pm 0,11$ балів, К2 — $1,53 \pm 0,32$ балів, К3 — $2,55 \pm 0,43$ балів; П1 — $0,66 \pm 0,12$ балів, П2 — $1,45 \pm 0,32$ балів, П3 — $2,46 \pm 0,37$ балів; М1 — $0,59 \pm 0,23$ балів, М2 — $1,23 \pm 0,15$ балів, М3 — $2,38 \pm 0,29$ балів (рис. 1). З наведених даних видно, що загальним рівнем вираженості психосоціального стресу був найбільшим у комбатантів, дещо меншим — у вимушено переміщених осіб, і найменшим — у місцевих мешканців. При цьому у групі з низьким рівнем стресового навантаження ці різниці були статистично не значущі ($p > 0,05$); у групі помірної (середнього) стресу значущі різниці виявлені при порівнянні груп К2 та М2 та груп П2 та М2; у групі важкого стресу — при порівнянні груп К3 та М3. Натомість, усі різниці при порівнянні груп К1, К2 і К3; П1, П2 і П3; М1, М2 і М3 були статистично значущими (для низького стресу $p < 0,05$, для помірної та важкого — $p < 0,01$) (див. рис. 1).

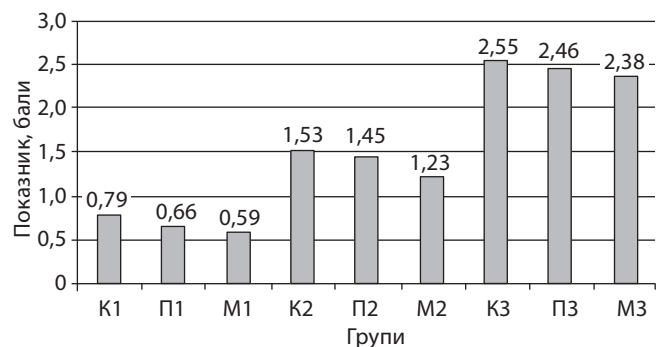


Рис. 1. Середні показники вираженості психосоціального стресу за шкалою Л. Рідера серед усіх контингентів обстежених

Аналогічні закономірності були виявлені під час аналізу показників за шкалою PSM-25 (рис. 2).

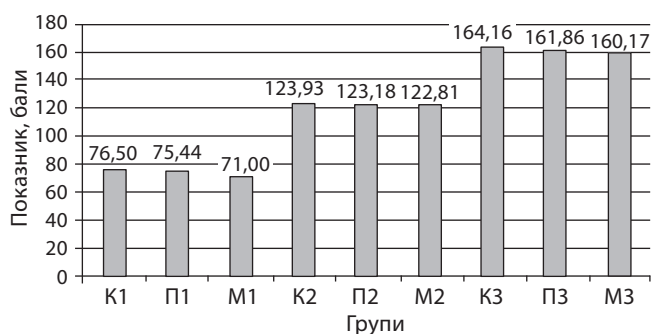


Рис. 2. Середні значення показників психологічного стресу за шкалою PSM-25 серед усіх контингентів обстежених

Як видно з отриманих даних, всередині груп за важкістю психосоціального стресу комбатанти, вимушені переселенці та місцеві мешканці виявили близькі показники: у групі K1 — 76,50 ± 9,19 балів, P1 — 75,44 ± 9,55 балів, M1 — 71,00 ± 9,33 балів (ці показники відповідали низь-

кому рівню психологічного стресу і стану психологічної адаптованості до навантажень); K2 — 123,93 ± 21,87 балів, P2 — 123,18 ± 22,73 балів, M2 — 122,81 ± 15,32 балів (ці показники відповідали середньому рівню стресу); K3 — 164,16 ± 12,51 балів, P3 — 161,86 ± 8,11 балів, M3 — 160,17 ± 4,21 балів (показники відповідали високому рівню стресу і свідчать про стан дезадаптації та психічного дискомфорту, необхідність вживати широкий спектр засобів та методів для зниження нервово-психічного напруження і психологічної розрядки).

Виявлена тенденція щодо наявності значущих різниць між особами з різним рівнем психосоціального стресу при суттєво меншому впливі фактору наявності попереднього психотравматичного досвіду (тобто належності до специфічного контингенту), зберігалась і під час аналізу показників вираженості реакції на стресову ситуацію, встановлених за методикою ШОВТП (табл. 2). Також спостерігалась тенденція до більш суттєвого впливу фактору наявності травматичного досвіду у обстежуваних з помірним та високим рівнями стресу, і відсутності значущого впливу цього фактору у обстежуваних з низьким рівнем психосоціального стресу.

Таблиця 2. Середні показники вираженості впливу травматичної події загалом та за його складовими у респондентів з АЗ залежно від рівня психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу								
	легкий			помірний			важкий		
	комбатанти	переселенці	місцеві	комбатанти	переселенці	місцеві	комбатанти	переселенці	місцеві
Вторгнення	7,50 ± 0,71	7,00 ± 0,00	7,04 ± 0,20	9,10 ± 0,98	8,14 ± 0,77	8,00 ± 0,87	18,42 ± 6,82	17,50 ± 6,22	15,81 ± 4,31
Уникнення	8,50 ± 0,71	8,22 ± 0,44	8,08 ± 0,28	11,72 ± 1,83	9,41 ± 1,05	8,85 ± 1,03	20,01 ± 7,43	18,93 ± 7,10	17,14 ± 4,57
Фізіологічна збудливість	8,50 ± 0,71	8,11 ± 0,33	7,96 ± 0,20	10,86 ± 1,48	10,09 ± 1,66	9,70 ± 1,57	23,21 ± 6,38	22,62 ± 6,08	21,58 ± 5,05
Сумарний показник	24,50 ± 2,12	23,33 ± 0,50	23,08 ± 0,41	31,69 ± 3,60	27,64 ± 2,74	26,55 ± 2,97	61,64 ± 20,34	59,05 ± 19,11	54,53 ± 13,55
Рівень статистичної значущості різниць при порівнянні груп									
	K1 vs P1	K1 vs M1	P1 vs M1	K2 vs P2	K2 vs M2	P2 vs M2	K3 vs P3	K3 vs M3	P3 vs M3
Вторгнення	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	< 0,01	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Уникнення	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Фізіологічна збудливість	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Сумарний показник	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	< 0,01	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05
	K1 vs K2	K1 vs K3	K2 vs K3	P1 vs P2	P1 vs P3	P2 vs P3	M1 vs M2	M1 vs M3	M2 vs M3
Вторгнення	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Уникнення	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Фізіологічна збудливість	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Сумарний показник	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01

Визначення клінічної специфіки розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю, скрізь призму психосоціального стресу, що зазнають обстежувані, за даними тестів AUDIT (рис. 3) і SADQ-C (рис. 4), дозволило стверджувати, що вираженість алкоголізації пов'язана із вираженістю психосоціального стресового навантаження; фактор наявності психотравматичного досвіду сам по собі, не асоційований із вираженим реагуванням на стресову подію,

не справляв суттєвого впливу на показники вираженості розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю.

Зокрема, серед обстежених з низьким рівнем психосоціального стресу показники за тестом AUDIT склали: у групі K1 — 16,50 ± 0,71 балів, P1 — 15,44 ± 1,67 балів, M1 — 14,96 ± 2,60 балів; різниці між групами статистично не значущі ($p > 0,05$). У групі з помірним стресом показники склали: K2 — 21,62 ± 2,14 балів, P2 — 21,41 ± 1,82 балів,

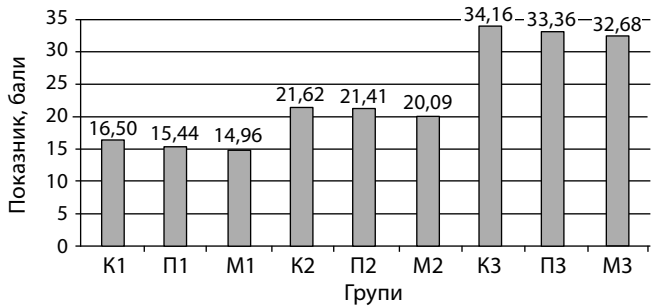


Рис. 3. Середні показники вираженості розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, за даними тесту AUDIT у респондентів з різним рівнем психосоціального стресу

M2 — $20,09 \pm 1,21$ балів; різниці значущі при порівнянні груп K2 та M2 та груп P2 та M2 ($p < 0,05$). У групі з вираженим психосоціальним стресом показники склали: у групі K3 — $34,16 \pm 4,95$ балів, P3 — $33,36 \pm 4,64$ балів, M3 — $32,68 \pm 3,83$ балів, різниці значущі при порівнянні груп K3 та M3 ($p < 0,05$). Порівняння показників за тестом AUDIT між групами K1, K2 і K3; P1, P2 і P3; M1, M2 і M3 виявило значущі різниці (у групі легкого стресу $p < 0,05$, у групах помірного та важкого стресу $p < 0,01$).

Близькі закономірності виявлені для показників за шкалою SADQ (див. рис. 4).

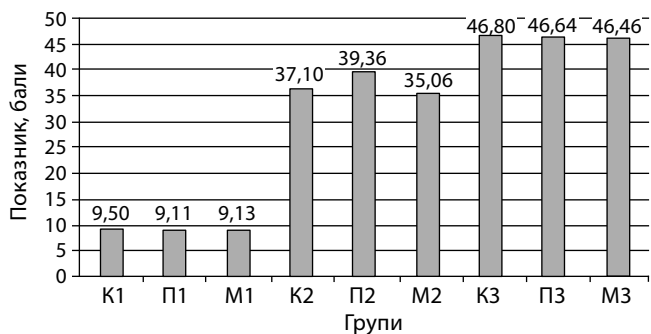


Рис. 4. Середні показники залежності від алкоголю за шкалою SADQ

Зокрема, серед обстежених з легким стресом показники за шкалою SADQ склали: у групі K1 — $9,50 \pm 2,121$ балів, P1 — $9,11 \pm 4,04$ балів, M1 — $9,13 \pm 6,92$ балів; як і для тесту AUDIT, різниці між групами статистично не значущі ($p > 0,05$). Серед обстежених з помірним рівнем психосоціального стресу показники склали: у групі K2 — $37,10 \pm 5,10$ балів, P2 — $39,36 \pm 5,39$ балів, M2 — $35,06 \pm 5,12$ балів; різниці статистично значущі при порівнянні груп P2 та M2 ($p < 0,01$). Серед обстежених з високим рівнем психосоціального стресу показники за шкалою SADQ склали: у групі K3 — $46,80 \pm 7,16$ балів, P3 — $46,64 \pm 7,83$ балів, M3 — $46,46 \pm 8,09$ балів; різниці статистично не значущі. Як і для тесту AUDIT, різниці статистично значущі при порівнянні між собою груп K1, K2 і K3; P1, P2 і P3; M1, M2 і M3 ($p < 0,01$).

Отже, дослідження дозволило виявити важливі закономірності щодо асоційованості алкоголізації та психо-

соціального стресу: 1) фактор важкості психосоціального стресу найбільшою мірою впливає на вираженість алкогольної залежності; 2) фактор участі у бойових діях та фактор вимушеного переселення можна розглядати як актуальні чинники алкоголізації; 3) фактор наявності психотравматичного досвіду сам по собі, не асоційований із вираженим реагуванням на стресову подію, не справляє суттєвого впливу на показники вираженості розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю.

Список літератури

1. Волошин П. В., Марута Н. О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10—18.
2. Марута Н. О., Каленська Г. Ю., Явдак І. О., Малюта Л. В. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб // Там само. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 68—71.
3. Денисенко М. М., Лакінський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів // Там само. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40—44.
4. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти // Там само. 2016. Т. 24, вип. 4 (89). С. 54—60.
5. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу // Там само. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 104—109.
6. Kreek M. J., Nielson D. A., Butelman E. R., LaForge K. S. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction // Nature neuroscience. 2005. Vol. 8 (11). P. 1450—1457.
7. Keyes K. M., Hatzenbuehler M. L., Grant B. F., Hasin D. S. Stress and Alcohol: Epidemiologic Evidence // Alcohol Res. 2012. Vol. 34 (4). P. 391—400.
8. AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. / Th. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro Second Edition. Geneva: World Health Organization, 2001. 28 p. Available at: WHO/MSD/MSB/01.6a.
9. Stockwell T., Sithavan T., McGrath D. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples // Addiction. 1994. Vol. 89. P. 167—174.
10. Шараневич І. О. Процес і результати сенсibiliзуючої терапії осіб, залежних від алкоголю, в світлі критеріїв доказової медицини: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. медичних наук: спец. 14.01.17 «Наркологія». Харків, 2011. 20 с.
11. Корнацький В. М., Маркова М. В. Оцінка психосоціальних чинників ризику хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації). Київ, 2007. 12 с.
12. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
13. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

Надійшла до редакції 08.05.2018 р.

ГАПОНОВ Костянтин Дмитрович, кандидат медичних наук, головний лікар Комунального закладу охорони здоров'я «Обласний наркологічний диспансер», доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com

GAPONOV Kostiantyn, MD, PhD, Head Physician of the Public Health Institution "Regional Narcological Dispensary", Associate Professor of the Narcology Department of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com