

К. Д. Гапонов
**АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ:
 ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ, КЛІНІЧНІ І ЛІКУВАЛЬНІ АСПЕКТИ**

К. Д. Гапонов
**Алкогольная зависимость в условиях социального стресса: эпидемиологические,
 клинические и лечебные аспекты**

К. D. Gaponov
**Alcohol dependence in the presence of social distress: epidemiological,
 clinical and therapeutical aspects**

В роботі зроблено ґрунтовний аналіз сучасних наукових поглядів на епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти алкогольної залежності (АЗ) в умовах соціального стресу. Зроблено висновок, що АЗ — це розповсюджена медико-соціальна проблема, яка є надзвичайно актуальною в умовах соціоекономічних змін та військових конфліктів. Згідно із результатами багатьох досліджень, між стресом та АЗ існує міцний зв'язок як на популяційному рівні (АЗ частіше реєструють у осіб, які переживали більший стрес), так і на генетичному та біохімічному рівні (спільні гени та біохімічні речовини, які беруть участь у адаптації до стресу та розвитку залежності). Ці спільні механізми зумовлюють коморбідність між постстресовими станами та АЗ, причому алкоголь часто відіграє роль дезадаптивної копінг-стратегії, яка закріплюється на нейрофізіологічному рівні у вигляді класичного обумовлення. Враховуючи це, підхід до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами має базуватися на біопсихосоціальному підході із призначенням комплексного лікування. Більшість застосовуваних психотерапевтичних інтервенцій з лікування АЗ не враховують наявності коморбідної симптоматики, можливий негативний вплив стресу у вигляді, наприклад, підвищення ризику алкогольного ексцесу або його системний вплив у вигляді постстресового стану із відповідною симптоматикою, що потребує більш докладного вивчення, модифікації проведеного лікування або розроблення нових моделей терапії.

Ключові слова: алкогольна залежність, соціальний стрес

В работе сделан глубокий анализ современных научных взглядов на эпидемиологические, клинические и лечебные аспекты алкогольной зависимости (АЗ) в условиях социального стресса. Сделан вывод, что АЗ — это распространенная медико-социальная проблема, которая является чрезвычайно актуальной в условиях социальноэкономических изменений и военных конфликтов. Согласно результатам многих исследований, между стрессом и АЗ существует тесная связь как на популяционном уровне (АЗ чаще регистрируется у лиц, переживших больший стресс), так и на генетическом и биохимическом уровне (общие гены и биохимические вещества, принимающие участие в адаптации к стрессу и развитию зависимости). Эти общие механизмы обуславливают коморбидность между постстрессовыми состояниями и АЗ, причем алкоголь часто играет роль дезадаптивной копинг-стратегии, которая закрепляется на нейрофизиологическом уровне в виде классического обусловливания. Учитывая это, подход к лечению АЗ с коморбидными постстрессовыми состояниями должен базироваться на биопсихосоциальном подходе с назначением комплексного лечения. Большинство существующих психологических интервенций по лечению АЗ не учитывают наличие коморбидной симптоматики, возможное негативное влияние стресса в виде, например, повышения риска алкогольного эксцесса или его системное влияние в виде постстрессового состояния с соответствующей симптоматикой, что требует более детального изучения, модификации существующего лечения или разработки новых моделей терапии.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, социальный стресс

The paper presented the detailed analysis of current scientific views of the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of alcohol dependence (AD) in the presence of social distress. The article demonstrated the conclusion that AD — is a common medical and social problem which is extremely important in terms of social and economic changes and military conflicts. According to the numerous studies, the authors point out that there is a close link between distress and AD both at the population level (AD is more common in people who have experienced greater distress) and at the genetic and biochemical levels (common genes and biochemical substances involved in adaptation to stress and dependence progress). These common mechanisms cause comorbidity between post-stress state and AD, where by alcohol often plays a role of maladaptive coping strategy which fixes up at the neurophysiological level in the form of classical conditioning. Due to this, the therapeutic approach of AD patients with post-stress comorbidity should be based on a biopsychosocial principal with complex treatment assignment. Most existing psychological interventions for the treatment of AD patients do not take into account the presence of comorbid symptoms and possible negative effects of stress in the form of increasing the risk of alcohol excess or systemic effects as post-stress state with corresponding symptomatology which require more detailed study, modification of existing treatment or development a new models of care.

Keywords: alcohol dependence, social distress

Алкогольна залежність (АЗ) — значна соціальна проблема, яка є особливо актуальною для країн Центральної та Східної Європи. Згідно із даними ВООЗ за 2010 рік, в середньому в Україні річний вжиток алкоголю становить близько 13,9 літрів чистого етанолу на рік (більш ніж 2 літри міцних алкогольних напоїв на місяць) на душу населення, включаючи всіх осіб 15 років і старших. Критеріям тяжкого епізодичного вживання алкоголю — вживання 60 г і більше чистого алкоголю за один випадок протягом останніх 30 днів — в Україні відповідають близько 35,2 % чоловіків та 12,1 % жінок. 2010 року розповсюдженість розладів, пов'язаних із зловживання

алкоголем, склала 9,3 % серед чоловіків та 1,1 % серед жінок, а розповсюдженість алкогольної залежності (офіційно) — 4,2 % та 0,5 % відповідно [1].

Варто зазначити, що офіційні дані щодо АЗ, скоріше за все, не відображають реальної картини. Так, згідно із даними розвинених країн, в яких ведеться електронна статистика медичних діагнозів, 12-місячна розповсюдженість (one year prevalence) АЗ становить 7 %, а протягом життя (life-time prevalence) — 14 % в загальній популяції. Ці дані були отримані в США де-факто в рамках аналізу результатів звернень до системи служб по роботі із розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю [2]. Такі ж дані були отримані й після аналізу «National Comorbidity Survey», також проведеного в США [3].

В Україні наразі має місце низка несприятливих щодо розвитку АЗ чинників. Насамперед, мова йде про чинники ризику, пов'язані із дією надсильних стресорів, таких як політична та економічна нестабільність та бойові дії на Сході України. Останній чинник також зачіпає значну частину населення — вимушених переселенців, яких на цей час зареєстровано вже більше 1 млн осіб, та учасників бойових дій і членів їхніх сімей. Про актуальність цієї проблеми для нашої країни свідчить той факт, що за даними Міжнародного моніторингового центру по переселенню (International Displacement Monitoring Centre), Україна посідає 8-ме місце по кількості вимушених переселенців після таких країн як Сирія, Судан, Ірак та Нігерія. Причому загальна кількість таких осіб сягає 1 679 тис. [4].

Однією із головних причин взаємозв'язку між експозицією до бойових дій (у випадку вимушених переселенців та військових) та АЗ, є сила стресового чинника, який у деяких випадках призводить до розвитку гострої реакції на стрес та, згодом, до посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Так, в систематичному огляді літературі із мета-аналізом, опублікованому в одному із найбільш рейтингових медичних журналів «The Lancet» та присвяченому цій проблемі, автори проаналізували результати майже двох десятків досліджень. Загальна вибірка склала 7000 тис. вимушених переселенців, які змінили своє місце перебування на країни Західної Європи, Австралію, США або Канаду. Згідно із проведеним аналізом, близько 9 % осіб мали діагноз ПТСР, 5 % — депресивний епізод, 4 % — генералізований тривожний розлад [5].

В дослідженнях із вибіркою вимушених переселенців із регіонів з активними бойовими діями результати щодо розповсюдженості ПТСР ще більш вражаючі. Neuner F. та співавтори (2004), дослідивши 3 339 осіб із Судану та Уганди, встановили, що 32,6 % всіх чоловіків та 40,1 % жінок відповідають критеріям для діагнозу ПТСР [6]. H. Thulesius та A. Nakansson (1999) наводять дані про 18—33 % осіб із ПТСР на вибірці із 206 боснійських вимушених переселенців, що проживають в Швеції. При цьому в контрольній групі розповсюдженість не перевищувала 1 % [7]. Під час обстеження жертв тортур розповсюдженість ПТСР сягала 69—92 % [8].

Дослідники із університетської лікарні м. Загреб вказують на міцний зв'язок між ПТСР та АЗ. Автори проаналізували психічний стан 368 вимушених переселенців, що проживали в Хорватії. Згідно із отриманими даними, розповсюдженість ПТСР склала 50,3 % серед чоловіків та 36,5 % — серед жінок. При цьому АЗ мали 60,5 % чоловіків та 8,1 % жінок. У більшості випадків АЗ була коморбідна із ПТСР, особливо це стосується чоловіків у порівнянні із жінками (69,9 % та 11,7 % відповідно). Також вчені встановили кореляцію між кількістю та типом травмуючих подій та ризиком виникнення цих захворювань; таким чином поєднані ПТСР та АЗ частіше спостерігалися при експозиції до декількох травмуючих подій та перебування у зоні бойових дій або у жертв тортур [9].

Проблема АЗ, пов'язаної із пережитим стресом, є актуальною і для військових. Як зазначають Науменко Л. Ю. та співавтори (2015), проведення в Україні антитерористичної операції (АТО) зумовлює збільшення кількості осіб із ПТСР, які потребують психологічної й активної медичної реабілітації. Проведене авторами дослідження в Черкаському обласному центрі медико-соціальної експертизи продемонструвало, що під час проведення експертизи 80-ти учасників АТО 52,2 % осіб було встановлено групу інвалідності у зв'язку із постстресовими розладами

та супутніми станами [10]. Обстеження військовослужбовців співробітниками Буковинського державного університету продемонструвало розповсюдженість серед них ПТСР на рівні 39,46 % та емоційно-вольових розладів, зокрема АЗ — у 12,92 %. Причому ризик розвитку останньої був прямо пов'язаний із інтенсивністю та кількістю стресових подій [11].

Закордонні огляди літератури демонструють наявність подібних проблем у військових США [12]. Так, Департамент Оборони США запійне вживання алкоголю військовим персоналом визначає як вживання 5-ти дрінків (порцій алкоголю, еквівалентних близько 20 мл чистого етанолу) з одного приводу [13]. Аналіз випадків запійного вживання алкоголю серед військового персоналу показав, що за останні 30 днів до проведення обстеження близько 30 % всіх військових мали хоча б один такий випадок. Серед осіб на службі близько 20 % залучались до «тяжкого» вживання алкоголю, тобто мали 1 випадок запою на тиждень протягом останнього місяця [14]. При цьому стрес, участь в активних бойових діях та постстресові розлади значно підвищували ризик зловживання алкоголем в рамках подібних американських та британських досліджень за участю військових [15—17].

Існують докази збільшення споживання алкоголю після пережитого стресу. Збільшення вживання психоактивних речовин (ПАР) може свідчити про ранню стадію розвитку залежної поведінки, пов'язаної з прийомом ПАР. Наявність знань про чинники, які пов'язані зі збільшенням споживання ПАР, може допомогти виявити осіб, схильних до ризику, і розробити ранні превентивні заходи. Дослідження серед населення в цілому показують, що ПТСР і депресії є потенційними чинниками ризику для підвищення вживання ПАР.

Так, у одному із нещодавніх досліджень Langdon K. J. та співавтори (2016) оцінювали зв'язок між симптомами ПТСР та зловживанням алкоголю у американських військових, які брали участь у бойових діях в ході операцій в Іраку. Дані вчені взяли із бази даних обстеження військових «Defense Manpower Data Center» із загальною обстеженою вибіркою в 478 осіб (263 жінки). Оцінювання симптомів ПТСР проводили за допомогою шкали PCL-M (перелік симптомів ПТСР, версія для військових), відповідно до критеріїв DSM-IV. Оцінювання кількості та частоти вживання алкоголю — за допомогою шкали AUDIT-C (Шкала для ідентифікації розладів вживання алкоголю). Оцінювання стану проводили протягом трьох проміжків часу перебування на службі — 123—323 дні, 324—524 дні та більше ніж 524 дні. Згідно із результатами, інтенсивність симптомів ПТСР та зловживання алкоголю збільшувалась протягом цього часу. Кількість набраних балів за шкалою PCL-M підвищилась з 30,63 до 32,07, а за шкалою AUDIT-C — з 3,51 до 4,02. Також виявили, що симптоми ПТСР міцно корелювали із зловживанням алкоголю. Ймовірність зловживання при наявності симптомів ПТСР підвищувалась в 3,35 рази. Причому найбільш міцно із зловживанням алкоголю були пов'язані такі кластери симптомів ПТСР як інтрузії та оніміння та загальна тяжкість розладу, тобто проблеми із алкоголем були більш розповсюджені при тяжкому ПТСР [18].

Blanco C. та співавтори (2013) проаналізували дані великого дослідження «National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions» (Національне епідеміологічне обстеження США зловживання алкоголем та споріднених станів). Згідно із результатами, розповсюдженість коморбідних ПТСР та зловживання

алкоголем протягом життя (life-time prevalence) склала 1,59 % [19]. Якщо порівняти ці дані із іншими американськими епідеміологічними дослідженнями, в яких пожиттєва розповсюдженість тільки ПТСР склала 6,6—7,8 %, можна зробити висновок, що АЗ є характерною для кожної 5-ї особи із ПТСР [19, 20]. При коморбідних ПТСР та АЗ симптоми першого розладу, згідно із отриманими Blanco С. даними, були важчими, ніж тільки при ПТСР. Окрім того, у таких осіб була гірша якість життя (за шкалою SF-12) та частіше спостерігались інші психічні розлади як по осі 1, так і 2 DSM-IV.

В іншому дослідженні на американській популяції Roas S. M. та співавтори (2014) проаналізували дані «National Comorbidity Survey», а саме 9 282 осіб із коморбідними ПТСР та АЗ та дійшли висновку, що наявність останнього збільшує ймовірність суїцидальних спроб у 6 разів порівняно із особами без АЗ (відносний ризик — 6,43; $p < 0,01$) [21].

В нещодавній роботі, опублікованій в журналі «Psychology of Addictive Behaviors», Lehavot K. та співавтори вивчали взаємозв'язок між тяжкістю ПТСР та АЗ. Клінічна вибірка склала 46 чоловіків та 46 жінок з цими коморбідними станами. Автори змогли підтвердити цей взаємозв'язок та дійшли таких висновків [22]:

1) Головною причиною такого взаємозв'язку є бажання знизити негативний афект при інтенсивних симптомах ПТСР, тобто алкоголь є своєрідним копінгом;

2) Окрім того, алкоголь використовують й для підвищення позитивного афекту, але цей мотив є більш характерним для чоловіків;

3) Одним із чинників ризику для наявності коморбідних ПТСР та АЗ був статус ветерана (участь у бойових діях в минулому).

Як відмічають Brown P. J. та Wolfe J. (1994) із Університету Брауна та Медичного інституту Тафта, зв'язок між ПТСР та залежністю від ПАР є частково комплексним, та важко піддається аналізу за асоціативним типом причина — наслідок. Доволі популярною є теорія, що алкоголь є своєрідною «самомедикацією». Згідно із нею, як зазначалось вище, першопричиною є ПТСР (як стресовий чинник), а зловживання та залежність від ПАР виникають як наслідок спроби знизити за допомогою них інтенсивність симптомів. Ці дані підтверджує низка досліджень, проведених в 80-х роках, в яких причину вживання алкоголю бачили в боротьбі зі стресом внаслідок симптомів інтрузії, як спробу «забування» дистресорних спогадів [23, 24]. Однак, до гіпотези того, що взаємозв'язок між цими феноменами є комплексним, Brown P. J. наводить як приклад результати досліджень, згідно із якими особи із ПТСР надають перевагу певній ПАР в залежності від симптомів, що переважають. Наприклад, при переважанні порушення сну та роздратованості/ажитації особи із ПТСР надають перевагу седативним засобам та алкоголю, при переважанні уникнення — амфетамінам.

David D. та співавтори (2004) в рамках обстеження ветеранів із ПТСР ($n = 55$) та АЗ ($n = 38$) виявили найбільш часті коморбідні фізичні стани, асоційовані із цими психічними розладами. Обстеження проводили в Медичному центрі Маямі з справ ветеранів за допомогою Клінічного інтерв'ю для DMS-IV (щодо психічних розладів) та критеріям МКХ-10 (щодо соматичних захворювань). Результати (табл. 1) свідчать про те, що під час обстеження таких пацієнтів треба особливу увагу звертати на низку можливих супутніх соматичних захворювань, включаючи діабет, остеоартрит, захворювання серця, печінки та легеневі захворювання [25].

Таблиця 1. Соматичні захворювання, асоційовані із ПТСР та алкогольною залежністю (David D. et al., 2004 [25])

Захворювання або категорія	ПТСР (n = 55)		Алкогольна залежність (n = 38)		p	Відносний ризик	95 % довірчий інтервал
	N	%	N	%			
Діабет	13	24	3	8	0,05	3,6	0,95—13,7
Остеоартрит	31	56	12	32	0,02	2,8	1,2—6,7
Захворювання серця	7	13	0	0	0,02	—	—
Захворювання печінки	15	27	21	55	0,007	3,3	1,4—7,9
Легеневі захворювання	8	15	13	34	5,0	3,1	1,1—8,4

Група дослідників із медичного університету Південної Кароліни (Medical University of South Carolina) провела оцінення взаємозв'язку між насиллям та ризиком ПТСР, великого депресивного розладу та залежності від ПАР на базі даних Національного обстеження підлітків США. Загальна вибірка склала 4 023 особи у віці 12—17 років. У ході аналізу даних вчені встановили, що залежність від ПАР (зокрема й алкоголю) є найбільш частим коморбідним розладом при ПТСР, нарівні із великим депресивним розладом, та спостерігається майже у третини осіб з цим діагнозом (табл. 2). Окрім того автори зазначили, що предикторами цих розладів була наявність позитивного сімейного анамнезу щодо вживання алкоголю, підвищена агресивність та залучення до інтерперсонального насилля [26].

Таблиця 2. Оцінка ризику коморбідності між ПТСР, залежністю від ПАР та депресією (Kilpatrick D. G. et al., 2003 [26])

Діагноз	Коморбідні діагнози		
	ПТСР	Депресія	Залежність від ПАР
Чоловіки			
ПТСР	—	47,3	29,7
Депресія	23,5	—	18,1
Залежність від ПАР			
Жінки			
ПТСР	—	70,6	24,2
Депресія	31,7	—	17,0
Залежність від ПАР	24,6	38,5	—

У нещодавньому огляді літератури, опублікованому 2016 року в журналі «Current Psychiatry Reports», Flanagan J. С. та співавтори вказують на те, що лікування коморбідних ПТСР та АЗ має бути індивідуалізованим. Незважаючи на доволі велику кількість робіт, присвячених оціненню ефективності різних методів, вони, в переважній більшості, сфокусовані на лікуванні симптомів кожного розладу окремо, а не в комплексі. Наразі, згідно із поглядом авторів, дослідження сфокусовані в трьох напрямках [27]:

1. Пошук та оцінення ефективності інтегрованих психосоціальних інтервенцій, які б чинили комплексний вплив на ПТСР та АЗ;

2. Способи надання та оцінення ефективності експозиційних інтервенцій (тобто, психотерапії з використанням експозиції до травмуючої ситуації);

3. Можливість використання фармакотерапії в коморбідних популяціях.

Найвні ранні методи надання допомоги таким пацієнтам базуються на так званій «послідовній моделі» (*sequential model*), яка передбачає повне утримання пацієнта від вживання алкоголю до початку та протягом усього активного лікування за допомогою експозиційної терапії. Недоліком такої моделі є те, що початок лікування, а саме, експозиція до травмуючої події може призвести до погіршення симптомів АЗ.

Ефективність одного із варіантів інтегрованого підходу продемонструвала група вчених із медичного університету Південної Кароліни (Medical University of South Carolina) та університету Центральної Флориди (University of Central Florida). Дослідження мало дизайн 12-тижневого подвійного сліпого рандомізованого клінічного випробування, в якому взяли участь 94 особи із симптомами ПТСР та АЗ. Оцінення симптомів в базовому періоді та наприкінці лікування здійснювали відповідно до кри-

теріїв DSM-IV за допомогою Структурованого клінічного інтерв'ю, Клінічної шкали оцінки ПТСР (CAPS) та індексу тяжкості аддикції (Addiction Severity Index). Як психотерапевтичне лікування використовували підхід когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), який базувався на розробленому в рамках проекту «MATCH». Психотерапію проводили згідно із настановою щодо когнітивно-поведінкового вироблення навичок копінгу при зловживанні алкоголю та АЗ, яка в повному вигляді подана в мережі Інтернет на офіційному сайті Національного інституту США по зловживанню алкоголю та алкоголізму [28]. Як додаткову терапію використовували антидепресант сертралін. Таким чином, згідно із дизайном, пацієнтів поділили на 2 групи із призначенням КПТ та сертраліну або плацебо. Як видно із результатів лікування (табл. 3), використання психотерапії дозволило досягти клінічно значимої відповіді для ПТСР і АЗ майже для половини пацієнтів і тільки у 18,4 % після проведеного 12-тижневого лікування не вдалося виявити значимого покращання хоча б в одному із кластерів симптомів. В той же час використання сертраліну дозволило збільшити ефективність лікування тільки в контексті симптомів ПТСР, а не АЗ [29].

Таблиця 3. Результати лікування за допомогою КПТ та сертраліну/плацебо у пацієнтів із коморбідними ПТСР та АЗ (modif. Back S. E. et al., 2006 [29])

Змінна	Клінічно значима редукція тільки симптомів АЗ, %	Клінічно значима редукція тільки ПТСР, %	Редукція усіх симптомів, %	Відсутність клінічної відповіді, %
Усього	14,5	21,1	46,1	18,4
Розподіл за статтю				
чоловіки	90,9	56,3	48,6	28,6
жінки	9,1	43,8	51,4	71,4
Розподіл за початком симптомів				
Спочатку АЗ	54,5	43,8	25,7	42,9
Спочатку ПТСР	36,4	56,3	60,0	57,1
Одночасно	9,1	0,0	14,3	0,0
Розподіл за прийомом препаратів				
Плацебо	54,4	37,5	51,4	57,1
Сертралін	45,5	62,5	48,6	42,9

Слід зазначити, що метод, який використовували в цьому дослідженні, базується на використанні спеціальних технік на усвідомлення злості, її менеджменті, ідентифікації негативних думок та способів їх корекції, пошуку позитивних видів активності. Структуру типової роботи з пацієнтом, згідно із настановою Національного інституту США по зловживанню алкоголю та алкоголізму, подано в таблиці 4. Цей підхід базується на когнітивно-поведінковій теорії особистості і включає як роботу з думками та емоціями, пов'язаними із вживанням алкоголю, так і вироблення поведінкових навичок для попередження вживання алкоголю. Так, наприклад, перша сесія включає ідентифікацію ірраціональних думок про вживання алкоголю та наслідки цього, пошук та оцінення ситуацій високого ризику (наприклад, зустріч із друзями, які вживають алкоголь, похід у магазин, в якому окрім інших продуктів продають алкоголь тощо). Під час другої сесії терапевт разом із пацієнтом розробляє план боротьби із потягом до алкоголю (наприклад, залучення у відволікаючу активність, розмова із близькими, навчання технікам поводження із потягом тощо), уникнення або спосіб

поведінки в ситуаціях високого ризику. Окрім того, при коморбідному ПТСР велику увагу приділяють ідентифікації та зміні ірраціональних переконань, пов'язаних із травматичною подією, та експозиції до травми.

Таблиця 4. Структура індивідуальної психотерапії пацієнта з АЗ з використанням технік когнітивно-поведінкового підходу (NIAAA, 2003 [28])

Сесія 1	Вступ до тренінгу вироблення копінг-стратегій
Сесія 2	Вироблення копінг-стратегій щодо потягу до алкоголю
Сесія 3	Менеджмент думок про алкоголь та його вживання
Сесія 4	Вироблення навичок для вирішення проблем
Сесія 5	Вироблення навичок для відмови від алкоголю
Сесія 6	Планування можливих «екстрених» ситуацій та копінг із рецидивом
Сесія 7	Робота із ірраціональними переконаннями та автоматичними думками

Ще в одному нещодавньому дослідженні вчених із університету Пенсільванії, університету Суффолка та Інституту аддикційної медицини (США) було проведено оцінення ефективності налтрексону та пролонгованої експозиційної терапії (ПЕТ) при ПТСР та АЗ. ПЕТ є різновидом поведінкової терапії, а саме напрямку, який базується на класичній теорії В. F. Skinner по оперантному обумовленню та J. Wolpe по реципрокному інгібуванню [30—33]. Пролонговану форму експозиційної терапії розробив один із авторів вказаного дослідження (Foa E. B.). Загальна вибірка склала 165 осіб, яких поді-

лили на 4 групи з призначенням ПЕТ та налтрексона (100 мг/доба), ПЕТ та плацебо, підтримуючого психологічного консультування та налтрексона (100 мг/доба) або підтримуючого психологічного консультування та плацебо. Згідно із отриманими результатами, в усіх групах спостерігалось зменшення кількості днів вживання алкоголю. Для вказаних груп цей показник склав -63,9 %, -63,9 %, -69,9 % та -61,0 % відповідно. Також спостерігались зміни в симптомах ПТСР, але статистично значуще покращання відмічалось тільки у пацієнтів, які проходили ПЕТ [34] (табл. 5).

Таблиця 5. Зміни в симптомах ПТСР при коморбідній АЗ під час використання різних видів психологічного та фармакологічного лікування (modif. Foa E. B. et al., 2013 [34])

Тяжкість симптомів	Вихідні показники	Після лікування (24 тиждень)	Зміни у порівнянні з вихідними	Період спостереження (52 тиждень)	Зміни у порівнянні із закінченням лікування
ПЕТ у поєднанні з					
Налтрексоном	30,3	12,2	-19,1	7,9	-4,1
Плацебо	27,7	13,3	-16,1	10,8	-2,5
Підтримуюче психологічне консультування у поєднанні з					
Налтрексоном	27,1	15,3	-12,4	10,9	-4,2
Плацебо	27,5	15,5	-11,6	11,1	-4,3

Brief D. J. та співавтори (2013) із Національного центру по лікуванню ПТСР США та Бостонського медичного інституту (National Center for PTSD; Boston University School of Medicine) вивчали ефективність Web-інтервенцій у лікуванні військових із ПТСР та АЗ [35]. Вибірку склали 606 осіб, які брали участь у операціях «Свобода Іраку» та «Підтримка свободи». Дослідження мало дизайн рандомізованого контрольованого дослідження з групою контролю, що отримувала замість психологічного лікування плацебо-інтервенції. Для оцінення вживання алкоголю використовували шкалу «AUDIT», а для симптомів ПТСР — PCL-5. Для психологічного web-лікування використовували спеціально розроблену методику під назвою «Vet Change», яка включала елементи КПТ, мотиваційного тренінгу та стратегії самоконтролю [36, 37]. Сама програма включала 7 модулів:

1—3 модулі включали персоналізований зворотний зв'язок по надмірному вживанню алкоголю та симптомам ПТСР; проводили оцінення готовності до змін, зважували всі «за» і «проти», встановлювали план, цілі та обговорювали стратегії абстиненції;

4 модуль включав обговорення ситуацій високого ризику щодо вживання алкоголю (наприклад, соціальних ситуацій, чинники зовнішнього середовища, які нагадують про бойові дії); розроблення адаптивних копінг-планів для поведінки у цих ситуаціях;

5 модуль фокусується на допомозі ветеранам у навчанні когнітивним та поведінковим стратегіям менеджменту внутрішніх ситуацій високого ризику; головні теми включають роботу з настроєм, злістю та гігієну сну;

В модулях 6—7 пацієнтів заохочують до самостійного вибору найбільш актуальних ситуацій високого ризику для них та роботи із ними;

8 модуль сфокусований на побудову підтримуючої системи для допомоги у остаточному відновленні.

Згідно із результатами дослідження, ці психологічні інтервенції у web форматі допомогли учасникам суттєво знизити вживання алкоголю та симптоми ПТСР у порівнянні із контролем. Оцінка за шкалою AUDIT показала

найбільше достовірне зниження балів з питань щодо «шкідливого або надмірного вживання». Слід зазначити, що такий онлайн формат надання психологічної допомоги є особливо актуальним, коли бракує потрібних спеціалістів в регіоні, в якому надається допомога, бо дозволяє залучати спеціаліста із будь-якої частини країни.

Загалом, треба зазначити, що КПТ є найбільш вивченим методом лікування — в закордонній літературі йому присвячена велика кількість досліджень щодо лікування АЗ та коморбідних постстресових порушень. Згідно із пошуком в базі даних «Medline», окрім описаних вище досліджень, ще 10 наукових робіт (досліджень та систематичних оглядів) підтверджують його ефективність [38—43]. В деяких із досліджень когнітивні та/або поведінкові методи використовували разом із налтрексоном, але в більшості їх психологічні інтервенції були єдиним методом лікування.

Окремої згадки потребує Кокранівський систематичний огляд з психологічних методів лікування ПТСР із коморбідними аддикціями, опублікований 4 квітня 2016 року. В ньому, за аналізом результатів 14 найбільших рандомізованих контрольованих досліджень, тільки індивідуальні травмофокусовані методи (КПТ методи) разом із специфічною протиаддикційною терапією (КПТ методи, програма 12 кроків та інші групові методи) мали достатньо доказів ефективності. У порівнянні із контролем після лікування інтенсивність симптомів після використання травмофокусованих методів зменшилась на 0,41 стандартної різниці середніх (СРС), а щодо зловживання алкоголю — на 0,13 СРС. Однак ця проблема потребує подальшого і більш докладного вивчення [44].

В працях українських дослідників наводяться шаблони розроблених програм для допомоги військовозобов'язаним та вимушеним переселенцям із ПТСР, але в них не наводяться психологічні інтервенції для реабілітації при наявності частих коморбідних порушень. Наприклад, Буряк О. О. та співавтори (2015) у своїй програмі реабілітації вказують на важливість таких кроків: корекцію помилкових уявлень щодо стресової реакції,

надання інформації щодо її природи, фокусування на ролі надмірного стресу в розвитку захворювання, підвищення самоусвідомлення пацієнта [45]. З іншого боку, в ній не враховані можливі коморбідні симптоми депресії та/або АЗ, які часто мають місце при ПТСР. Таким чином, є потреба модифікації наявних в Україні програм з урахуванням цього чинника.

Вчені із Московського національного наукового центру наркології у своєму дослідженні, присвяченому порівнянню ефективності лікування АЗ із ПТСР (1 група) у порівнянні із тільки АЗ (2 група), вказують на певні особливості. Так, у першій групі більшою мірою були виражені афективні порушення, а також соціальні та соматичні наслідки зловживання алкоголем. Дослідники проводили лікування за допомогою пролонгованого антагоніста опіоїдних рецепторів (вівітрола) і у висновках вказують на меншу частку пацієнтів, що мали ремісію протягом 12 місяців після лікування, у осіб із першої групи порівняно з другою (23,3 % та 46,7 % відповідно). На жаль, порівняння із іншими методами лікування автори не проводили [46]. До схожих висновків щодо клінічних особливостей та труднощів у лікуванні цих коморбідних порушень доходять й інші російські вчені [47, 48]. На жаль, докладний пошук в «РИНЦ» серед російської літератури за тегами «ПТСР» або «Стрес» та «АЗ» або «Алкоголізм» не дав результатів з приводу рандомізованих контрольованих досліджень щодо оцінки ефективності яких-небудь методів лікування цих коморбідних порушень. Це свідчить про недостатню вивченість цієї проблеми.

Алкогольна залежність — це розповсюджена медико-соціальна проблема, яка є надзвичайно актуальною в умовах соціоекономічних змін та військових конфліктів. Згідно із результатами багатьох досліджень, між стресом та АЗ є міцний зв'язок як на популяційному рівні (АЗ частіше реєструють у осіб, які переживали більший стрес), так і на генетичному та біохімічному рівні (спільні гени та біохімічні речовини, які беруть участь у адаптації до стресу та розвитку залежності).

Ці спільні механізми зумовлюють часто коморбідність між постстресовими станами та АЗ, причому алкоголь часто відіграє роль дезадаптивної копінг-стратегії, яка закріплюється на нейрофізіологічному рівні у вигляді класичного обумовлення. Враховуючи це, підхід до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами має базуватися на біопсихосоціальному підході із призначенням комплексного лікування. Більшість застосовуваних психотерапевтичних інтервенцій щодо лікування АЗ не враховують наявності коморбідної симптоматики, можливий негативний вплив стресу у вигляді, наприклад, підвищення ризику алкогольного ексцесу або його системний вплив у вигляді постстресового стану із відповідною симптоматикою, що потребує більш докладного вивчення, модифікації проведеного лікування або розроблення нових моделей терапії.

Список літератури

1. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization, 2014. 376 p.

2. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services / Regier D. A., Narrow W. E., Rae D. S. [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993. Vol. 50(2). P. 85—94.

3. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey / Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S. [et al.] // *Ibid.* 1994. Vol. 51(1). P. 8—19.

4. Internal Displacement Monitoring Centre [electronic publication]. Displacement Dataset, 2016. URL : <http://www.internal-displacement.org/database>.

5. Fazel M., Wheeler J., Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review // *Lancet*. 2005. Vol. 365. P. 1309—1314.

6. Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees [electronic publication] / F. Neuner, M. Schauer, U. Karunakara [et al.] // *BMC Psychiatry*. 2004. URL : <http://bmc-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-34>.

7. Thulesius H., Hakansson A. Screening for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Bosnian Refugees // *Journal of Traumatic Stress*. 1999. Vol. 12(1). P. 167—174.

8. Johnson H., Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review // *Clinical Psychology Review*. 2008. Vol. 28. P. 36—47.

9. Kozaric-Kovacic D., Ljubic T., Grapic M. Comorbidity of Post-traumatic Stress Disorder and Alcohol Dependence in Displaced Persons // *Croatian Medical Journal*. 2000. Vol. 41(2). P. 173—178.

10. Посттравматичний стресовий розлад — нова проблема медико-соціальної служби / Л. Ю. Науменко, В. В. Лепський, І. С. Борисова [та ін.] // *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2015. № 4. С. 4—7.

11. Юрценюк О. С., Ротар С. С. Непсихотичні психічні розлади в осіб, які брали участь в збройному протистоянні на сході України // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2015. № 4. С. 85—87.

12. Allen J. P., Crawford E. F., Kudler H. Nature and Treatment of Comorbid Alcohol Problems and Post-Traumatic Stress Disorder Among American Military Personnel and Veterans // *Alcohol research: current reviews*. 2016. Vol. 38(1). P. 133.

13. 2011 Health related behaviors survey of active duty military personnel [Electronic Resource] / M. F. Barlas, W. B. Higgins, J. C. Pflieger, K. Diecker ; ICF International INC FAIRFAX VA, 2013. URL : <http://oai.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA582287>

14. Bray R. M., Brown J. M., Williams J. Trends in binge and heavy drinking, alcohol-related problems, and combat exposure in the US military // *Substance Use & Misuse*. 2013. Vol. 48 (10). P. 799—810.

15. Relations Between Cognitive Functioning and Alcohol Use, Craving, and Post-Traumatic Stress: An Examination Among Trauma-Exposed Military Veterans with Alcohol Use Disorder / A. J. Heinz, D. L. Pennington, N. Cohen [et al.] // *Military medicine*. 2016. Vol. 181(7). P. 663—671.

16. Post-traumatic stress disorder and alcohol misuse: comorbidity in UK military personnel / M. Head, L. Goodwin, F. Debell [et al.] [Electronic Resource] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016. Vol. 51, Issue 8. P. 1171—1180. URL : <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-016-1177-8>.

17. Operational Stress and Correlates of Mental Health Among Joint Task Force Guantanamo Bay Military Personnel / J. A. Webb-Murphy, G. M. La Rosa, K. J. Schmitz [et al.] // *Journal of traumatic stress*. 2015. Vol. 28(6). P. 499—504.

18. Examination of the Dynamic Interplay between Posttraumatic Stress Symptoms and Alcohol Misuse among Combat-Exposed Operation Enduring Freedom (OEF)/Operation Iraqi Freedom (OIF) / Langton K. J., Fox A., King L. A., Vogt D. // *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 196. P. 234—242.

19. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: Results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions / C. Blamco C., Y. Xu, K. Brady [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. 2013. Vol. 132. P. 630—638.

20. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / R. H. Pietrzak, R. B. Goldstein, S. M. Southwick, B. F. Grant // *J. Anxiety Disord*. 2011. Vol. 25. P. 456—465. DOI : 10.1016/j.janxdis.2010.11.010. Epub 2010 Nov 26.

21. Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major

- depressive disorder, and suicidal ideation and attempts / S. M. Rojas, S. Bujarski, K. A. Babson [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. 2014. Vol. 28. P. 318—325.
22. Gender differences in relationships among PTSD severity, drinking motives, and alcohol use in a comorbid alcohol dependence and PTSD sample / K. Lehavot, C. A. Stappenbeck, J. A. Luterek [et al.] // *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014. Vol. 28(1). P. 42—52.
23. Brown P. J., Wolfe J. Substance abuse and post-traumatic stress disorder // *Drug and Alcohol Dependence*. 1994. Vol. 35. P. 51—59.
24. Jelinek J. M., Williams T. Post-traumatic stress disorder and substance abuse in Vietnam combat veterans: Treatment problems, strategies, and recommendations // *J. Subst. Abuse Treat.* 1984. Vol. 1. P. 87—97.
25. Comparison of Comorbid Physical Illnesses among Veterans with PTSD and Veterans with Alcohol Dependence / D. David, C. Woodward, J. Esquenazi, T. A. Mellman // *Psychiatric Services*. 2004. Vol. 55(1). P. 82—85.
26. Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescents / D. G. Kilpatrick, K. J. Ruggiero, R. Acierno [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003. Vol. 71(4). P. 692—700.
27. Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD [electronic publication] / J. C. Flanagan, K. J. Korte, T. K. Killen, S. E. Back // *Current Psychiatry Reports*. 2016. Vol. 18. № 70. URL : <http://link.springer.com/article/10.1007%2F11920-016-0709-y>.
28. Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual: Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [electronic publication]: Project MATCH, 2003. URL : http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/MATCHSeries3/Project%20MATCH%20Vol_3.pdf.
29. Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence / S. E. Back, K. T. Brady, S. C. Sonne [et al.] // *The Journal of nervous and mental disease*. 2006. T. 194, № 9. С. 690—696.
30. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition // *Conditional Reflex*. 1968. Vol. 3(4). P. 234—239.
31. Wolpe J. *The Practice of Behavioral Therapy*. Oxford: Pergamon Press, 1969. 425 p.
32. Morse W. H., Skinner B. F. Some Factors Involved in the Stimulus Control of Operant Behavior // *J. Exp. Anal. Behav.* 1958. Vol. 1(1). P. 103—107.
33. Skinner B. F. Operant Behavior // *American Psychologist*. 1963. Vol. 18(8). P. 503—515.
34. Concurrent Naltrexone and Prolonged Exposure Therapy for Patients With Comorbid Alcohol Dependence and PTSD: A Randomized Controlled Trial / E. B. Foa, D. A. Yusko, C. P. McLean [et al.] // *JAMA*. 2013. Vol. 310(5). P. 488—495.
35. Brief D. J. Web intervention for OEF/OIF veterans with problem drinking and PTSD symptoms: A randomized clinical trial / D. J. Brief, A. Rubin, T. M. Keane [et al.] // *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013. Vol. 81(5). P. 890.
36. Miller W. R., Muñoz R. F. *Controlling your drinking: Tools to make moderation work for you*. N. Y. : Guilford Press, 2013. 290 p.
37. McHugh R. K., Hearon B. A., Otto M. W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders // *Psychiatric Clinics of North America*. 2010. Vol. 33(3). P. 511—525. DOI : 10.1016/j.psc.2010.04.012.
38. Trauma- and Stress-Induced Response in Veterans with Alcohol Dependence and Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder [electronic publication] / E. Ralevski, S. Southwick, E. Jackson [et al.] // *Alcoholism: clinical and experimental research*. 2016. Vol. 40, Issue 8. P. 1752—1760. DOI : 10.1111/acer.13120.
39. Kwako L. E. Methods for inducing alcohol craving in individuals with co-morbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder: behavioral and physiological outcomes / L. E. Kwako, M. L. Schwandt, J. R. Sells [et al.] // *Addiction biology*. 2015. Vol. 20(4). P. 733—746.
40. Treatment of co-occurring PTSD-AUD: effects of exposure-based and non-trauma focused psychotherapy on alcohol and trauma cue-reactivity / E. Nosen, A. K. Littlefield, J. A. Stasiewicz [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. 2014. Vol. 61. P. 35—42. DOI : 10.1016/j.brat.2014.07.003.
41. McLean C. P., Su Y. J., Foa E. B. Mechanisms of symptom reduction in a combined treatment for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence // *J Consult Clin Psychol*. 2015. Vol. 83(3). P. 655—61. DOI : 10.1037/ccp0000024.
42. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: a randomized clinical trial / E. B. Foa, D. A. Yusko, C. P. McLean [et al.] // *JAMA*. 2013. Vol. 310(5). P. 488—495.
43. Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review / D. Van Dam, E. Vedel, T. Ehring, P. M. Emmelkamp // *Clinical Psychology Review*. 2012. Vol. 32(3). P. 202—214.
44. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder [electronic publication] / N. P. Roberts, P. A. Roberts, N. Jones, J. I. Bisson // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016. CD010204.
45. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом // *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. № 3. С. 137—141.
46. Особенности формирования, течения и терапии зависимости от алкоголя у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством / Т. В. Агибалова, Т. Петросян, А. Кузнецова [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2013. Т. 6, № 2. С. 33—38.
47. Цыганков Б. Д., Яковлева П. А., Конищев А. С. Клинические особенности посттравматического стрессового расстройства у больных с алкогольной зависимостью // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2011. № 4. С. 65—69.
48. Азарных Т. Д. Алкогольное поведение при посттравматических стрессах в юношеском возрасте // *Вестник Вятского государственного гуманитарного университета*. 2014. Т. 7. С. 134—138.

Надійшла до редакції 26.10.2016 р.

ГАПОНОВ Костянтин Дмитрович, кандидат медичних наук, головний лікар Комунального закладу охорони здоров'я «Обласний наркологічний диспансер», асистент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна
GAPONOV Kostiantyn, MD, PhD, Head Physician of the Public Health Institution "Regional narcological dispensary", Assistant of Narcology Department of the Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine