

УДК 613.861:616.895:613.816

*К. Д. Гапонов***СТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО АФЕКТИВНО-КОНАТИВНОГО АРАНЖУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ХВОРИХ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ***К. Д. Гапонов***Структурный анализ психопатологической аффективно-конативной аранжировки клинической картины алкогольной зависимости у больных разных социальных групп с разным уровнем психосоциального стресса***К. D. Gaponov***Psychopathological affective-conative structural analysis of the clinical picture and alcohol dependence arrangement for patients with various social groups and different levels of psychosocial stress**

З метою дослідження особливостей афективно-конативного аранжування клініко-психопатологічної картини алкогольної залежності (АЗ) у хворих з різним рівнем психосоціального стресу, для розуміння шляхів модифікації сучасних терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням негативного впливу зазначених феноменів на її формування й перебіг, клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, 89 вимушено переміщених осіб та 116 осіб — мешканців м. Харкова і Харківської області. В результаті дослідження встановлено, що клінічна картина АЗ у осіб різних соціальних груп характеризується різноманітними констеляціями клініко-психопатологічних проявів синдрому залежності від алкоголю, афективної, поведінкової і диссомнічно-вегетативної симптоматики, які частково визначаються рівнем психосоціального стресу, притаманним хворим. Вираженість і варіативність аддиктивної складової клінічної картини АЗ лінійно асоційована з рівнем пережитого пацієнтами психосоціального стресу: чим тяжче стресове навантаження, тим більше виражені симптоми АЗ. В афективно-конативному аранжуванні клінічної картини АЗ виокремлені афективний і поведінковий психопатологічні кластери, кожен з яких складається з трьох клінічних варіантів, що реалізуються на тлі соматовегетативних порушень. При цьому розподіл і вираженість афективної і поведінкової симптоматики не має лінійного зв'язку з рівнем психосоціального стресу, притаманним хворому. В структурі афективного кластера у хворих на АЗ з будь-яким рівнем психосоціального стресу превалюють тривожно-депресивні або депресивні прояви, а в структурі поведінкового — спостерігається абсолютне домінування проявів ворожості.

Виявлені закономірності треба зв'язати під час розроблення лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для осіб, що страждають на АЗ.

Ключові слова: психосоціальний стрес, алкогольна залежність, афективний і поведінковий кластери, депресія, тривога, ворожість, диссомнія

С целью исследования особенностей аффективно-конативной аранжировки клинико-психопатологической картины алкогольной зависимости (АЗ) у больных с различным уровнем психосоциального стресса, для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетомотягающего действия указанных феноменов на ее формирование и течение, клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами обследовано 312 мужчин, больных АЗ: 107 комбатантов, 89 вынужденно перемещенных лиц и 116 человек — жителей г. Харькова и Харьковской области. В результате исследования установлено, что клиническая картина АЗ у лиц разных социальных групп характеризуется различными констелляциями клинико-психопатологических проявлений синдрома зависимости от алкоголя, аффективной, поведенческой и диссомнически-вегетативной симптоматики, которые частично определяются уровнем испытываемого пациентами психосоциального стресса, присущим больным. Выраженность и вариативность аддиктивной составляющей клинической картины АЗ линейно ассоциирована с уровнем испытываемого пациентами психосоциального стресса: чем тяжелее стрессовая нагрузка, тем более выражены симптомы АЗ. В аффективно-конативной аранжировке клинической картины АЗ выделены аффективный и поведенческий психопатологические кластеры, каждый из которых состоит из трех клинических вариантов, реализуемых на фоне соматовегетативных нарушений. При этом распределение и выраженность аффективной и поведенческой симптоматики не имеет линейной связи с уровнем психосоциального стресса, присущим больному. В структуре аффективного кластера у больных АЗ с любым уровнем психосоциального стресса превалируют тревожно-депрессивные или депрессивные проявления, а в структуре поведенческого — наблюдается абсолютное доминирование проявлений враждебности. Выявленные закономерности следует учитывать при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий для лиц, страдающих АЗ.

Ключевые слова: психосоциальный стресс, алкогольная зависимость, аффективный и поведенческий кластеры, депрессия, тревога, враждебность, диссомния

In order to study the features of the clinical-psychopathological picture of alcohol dependence for patients with different levels of psychosocial stress, for the ways understanding of existing therapeutic and rehabilitation strategies modification in view of the aggravating effect of the indicated phenomena on its formation and course, 312 alcohol addicted men were examined by clinical psychopathological and psychodiagnostic methods: 107 combatants, 89 internally displaced persons and 116 people, which are residents of Kharkiv and Kharkiv region. As a result of the research, was found, that the clinical picture of alcohol addiction in individuals of different social groups is characterized by various clinical and psychopathological manifestation constellations of the syndrome of dependence on alcohol, affective, behavioral and dysmomanic-vegetative symptoms, which are partly determined belonging to the patient by the level of psychosocial stress. Evidence and variability of the addictive component of the clinical alcohol dependence picture is linearly associated with the level of psychosocial stress felt by patients: when stress load increase, then the symptoms of alcoholic addiction going to increase the same way. In the affective-conative arrangement of the clinical picture of alcohol addiction allocated affective and behavioral psychopathological clusters, each of which consists of three clinical options implemented against the background of somatovegetative disorders. At the same time, the distribution and severity of affective and behavioral symptomatic does not have a linear connection with the level of psychosocial stress belonged to the patient. In the structure of the affective cluster for the alcohol addicted patients with any level of psychosocial stress, anxiety-depressive or depressive manifestations prevail, and in the structure of behavioral stress, there is absolute dominance of hostility manifestations. The revealed patterns should be taken into account when developing treatment-and-rehabilitation and preventive measures for people with alcohol addiction.

Key words: psychosocial stress, alcohol addiction, affective and behavioral clusters, depression, anxiety, hostility, dysomnia

За підрахунками ВООЗ, на цей момент у світі вживають алкоголь 2,3 мільярда осіб, причому найвища кількість споживачів алкоголю спостерігається саме в Європі [1]. На жаль, серед країн європейського регіону Україна займає шосте місце за рівнем споживання алкоголю на душу населення з показником, який, за різними даними, коливається від 11 до 13,9 літрів на рік, пропускаючи вперед такі країни, як Румунія (14,4 л), Росія (15,1), Литва (15,4), Молдова (16,8) та Білорусь (17,5 літрів) [2]. Крім того, Україна посідає друге місце в світі за кількістю років, втрачених через непрацездатність або передчасні смерті через вживання алкоголю (DALY) та друге місце в світі за кількістю років, які українці живуть з алкоголізмом (YLD) [3]. Ці показники суттєво вищі, ніж у більшості розвинених країн Європи, і, на думку фахівців, однією з ключових причин, яка зумовлює такий стан, є гібридна війна, яка ведеться проти нашої держави з 2014 року, що суттєво підвищила тягар патологічного стресового навантаження на населення країни [4, 5] та породжує зростання рівня вживання алкоголю, яке виникає як несприятливий механізм компенсації нервово-психічної напруги [6–9].

Взаємозв'язок між наявністю стресового навантаження та вживанням алкоголю підтверджений великою кількістю досліджень з вагомою доказовою базою і визнається усіма науковими школами та напрямками [10–14]. Проте, незважаючи на очевидну необхідність, накопичення цих знань не призвело поки що до розуміння того, яким способом, використовуючи нові знання, вплинути на зменшення шкоди від вживання алкоголю та ефективність лікування алкогольної залежності (АЗ) у осіб, що переживають надмірний стрес. Зважаючи на системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами мають базуватися на біопсихосоціальних засадах, а наявні терапевтичні й реабілітаційні стратегії треба суттєво модифікувати з урахуванням вектора дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Мета роботи — дослідити особливості афективно-конативного аранжування клініко-психопатологічної картини АЗ у хворих з різним рівнем психосоціального стресу, для розуміння шляхів модифікації сучасних терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням негативного впливу стресу та коморбідних психопатологічних феноменів на формування й перебіг АЗ.

Дослідження було здійснено на базі КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер» протягом 2014–2018 рр., де за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, 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 області; та 116 осіб — мешканців м. Харкова і Харківської області, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Дослідження проводили за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного й статистичного методів. Діагностику АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу, що був доповнений, окрім клінічного структурованого інтерв'ю, відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 [15], психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням

алкоголю та визначення ступеня небезпечності його вживання) [16] та шкали важкості алкогольної залежності SADQ-C [17]. Вираженість психосоціального стресу оцінювали за однойменною шкалою Л. Рідера [18] й шкалою психологічного стресу Lemyr-Tessier-Fillion в адаптації Н. Є. Водопьянкової (PSM-25) [19]. Оцінювання стану афективно-конативної сфери проводили з використанням шкал депресії і тривоги М. Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression — HRDS та Hamilton Anxiety Rating Scale — HARS) [20], Опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R) в адаптації Н. В. Тарабріної [21] та «Опитувальника діагностики агресивних та ворожих реакцій людини» А. Басса і А. Даркі (Buss — Durkee Hostility Inventory, BDHI) в адаптації А. А. Хвана, Ю. А. Зайцева, Ю. А. Кузнецової [22].

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики, а аналіз відмінностей було здійснено з використанням точного критерію Фішера.

На початку обстеження респонденти були поділені на три групи за критерієм важкості переживання психосоціального стресу (за шкалою Л. Рідера): з низьким рівнем — 35 осіб (показник за шкалою до 0,99 балів), з помірним рівнем — 84 особи (показник від 1,00 до 1,99 балів), та з високим рівнем — 193 особи (показник понад 2,00 бали). Розподіл обстежених за рівнем сприйняття стресового навантаження наведено на рис. 1.

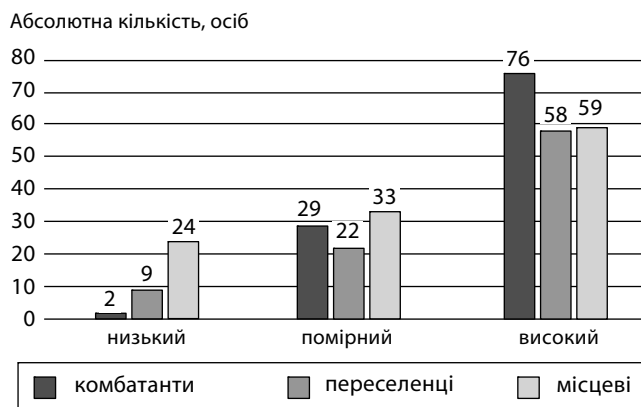


Рис. 1. Розподіл респондентів різних категорій за рівнем психосоціального стресу

Відносно низький рівень психосоціального стресу визначено у 2 (1,9 %) комбатантів, 9 (10,1 %) переселенців і 24 (20,7 %) місцевих мешканців (середній показник по групі $0,62 \pm 0,21$ балів). Помірний рівень стресу було виявлено у 29 (27,1 %) комбатантів, 22 (24,7 %) переселенців й 33 (28,4 %) місцевих мешканців (середній показник — $1,39 \pm 0,30$ балів). Високий рівень стресового навантаження встановлено у 76 (71,0 %) комбатантів, 58 (65,2 %) переселенців та 59 (50,9 %) місцевих мешканців (середній показник — $2,47 \pm 0,38$ балів). Відмінності при порівнянні середньої вираженості психосоціального стресу в цих групах були статистично значущими ($p < 0,01$). Середні показники вираженості психосоціального стресу в осіб різних соціальних груп склали: серед комбатантів — $2,24 \pm 0,63$ бали; переселенців — $2,03 \pm 0,72$ бали; місцевих мешканців — $1,68 \pm 0,78$ балів (відмінності статистично значущі при порівнянні груп комбатантів і місцевих, та переселенців і місцевих мешканців, $p < 0,01$).

Схожа тенденція була виявлена щодо вразливості до психологічного стресу (методика PSM-25): у комбатантів середня його вираженість становила $151,62 \pm 25,82$ бали, у переселенців — $143,56 \pm 31,20$ балів, місцевих мешканців — $131,09 \pm 36,04$ бали (відмінності при порівнянні комбатантів і переселенців — $p > 0,05$, комбатантів і місцевих — $p < 0,01$, переселенців і місцевих — $p < 0,01$). Середній показник в групі осіб з легким рівнем реагування на психосоціальний стрес був $72,46 \pm 9,37$ балів, помірним реагуванням — $123,30 \pm 19,97$ балів, важким — $162,25 \pm 9,43$ бали (відмінності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою, $p < 0,01$).

За клінічною вираженістю і змістовним наповненням симптомів АЗ, оцінених із застосуванням діагностичних критеріїв МКХ-10, у хворих різних соціальних груп виявлені деякі особливості, а саме [23]:

- сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»), а також психологічна або соматична шкода були наявні в усіх обстежених (при порівнянні попарно усіх груп — $p > 0,05$);

- порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю») та фізіологічна, поведінкова або психологічна толерантність виявлені в усіх комбатантів і переселенців та у 97,4 % і 95,7 % місцевих жителів ($p > 0,05$, $p < 0,05$ та $p < 0,05$ відповідно);

- уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції виявлено у 72,9 % комбатантів, 69,7 % переселенців і 57,8 % місцевих ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p > 0,05$);

- стан абстиненції — відповідно, у 79,4 %, 71,9 % та 62,1 % (при попарному порівнянні всіх груп — $p < 0,01$);

- звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються — у 68,2 %, 64,0 % та 50,9 %, відповідно ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$);

- прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм поведінки або інтересів — відповідно, у 41,1 %, 36,0 % та 23,3 % ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$);

- постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків — у 48,6 %, 43,8 % та 41,4 %, відповідно ($p > 0,05$ для усіх груп).

Натомість, суттєво більш виражені відмінності виявлені під час аналізу клінічної симптоматики АЗ з урахуванням рівня психосоціального стресу, що дозволило вважати цей фактор провідним у визначенні поширеності тих або інших симптомів АЗ [23]:

- сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага») та психологічна або соматична шкода виявлені в усіх обстежених ($p > 0,05$);

- порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю») — у 91,4 % хворих з низьким рівнем стресового реагування і в усіх пацієнтів із помірним і високим стресовим навантаженням ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p > 0,05$);

- толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна) — у 85,7 % хворих з низьким рівнем стресу і у всіх обстежених з помірним та високим рівнями переживання стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p > 0,05$);

- уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції не виявлено в осіб із низьким рівнем і відзначено у 20,2 % пацієнтів із помірним та у 98,4 % — з високим рівнем стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$);

- стан абстиненції не виявлено у хворих із низьким рівнем переживання стресу, натомість, виявлено у 33,0 % обстежених з помірним та у всіх — з високим

рівнем стресового навантаження ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);

- звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються, не виявлене у хворих з легкою та помірною формами стресового реагування і було наявне у 97,9 % пацієнтів із високим рівнем стресової дезадаптації ($p > 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);

- прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм поведінки або інтересів не виявлено в обстежених із низьким та помірним рівнями психосоціального стресу, і наявне у 53,4 % хворих із високим рівнем стресового навантаження ($p > 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);

- постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків, виявлено у 2,9 % хворих з низьким, у 38,1 % — з помірним і у 54,9 % — з високим рівнем стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$).

Вираженість клінічних проявів АЗ (за AUDIT) серед комбатантів становила $30,43 \pm 7,31$ балів, переселенців — $28,60 \pm 7,78$ балів, місцевих мешканців — $25,43 \pm 8,19$ балів (відмінності статистично значущі ($p < 0,01$) при порівнянні комбатантів і місцевих, переселенців і місцевих). Серед осіб з низьким рівнем стресу середній показник за AUDIT виявився $15,17 \pm 2,32$ бали, з помірним реагуванням на стрес — $21,53 \pm 1,99$ балів, з високим рівнем стресу — $31,51 \pm 6,35$ балів (відмінності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою, $p < 0,01$).

Різниці за вираженістю та клінічною варіативністю стану відміни (шкала SADQ-C) також мали суттєві відмінності з погляду вираженості психосоціального стресу: середній показник у хворих з низьким рівнем психосоціального стресу склав $9,14 \pm 6,03$ бали, з помірним рівнем — $36,89 \pm 5,40$ балів, з високим рівнем — $46,65 \pm 7,62$ бали (різниці статистично значущі при порівнянні всіх груп, $p < 0,01$), тоді як між пацієнтами різних соціальних груп відмінності здебільшого не мали статистичної значущості (комбатанти — $43,48 \pm 9,17$ балів, переселенці — $41,04 \pm 13,18$ балів, $p > 0,05$; місцеві — $35,49 \pm 16,02$ бали, $p < 0,01$).

Під час оцінювання афективно-конативного аранжування клініко-психопатологічної симптоматики у обстежених пацієнтів виокремлено афективний і поведінковий клінічні кластери психопатологічних змін у хворих на АЗ, кожен з яких включав три варіанти залежно від переважання тієї чи іншої симптоматики; крім того, встановлено також додатковий — вегетативно-диссомнічний кластер, в якому також виокремлено три варіанти.

До першого, афективного кластера, що відображує зміни у емоційному реагуванні, увійшла симптоматика депресивного і тривожного спектрів. Для оцінювання вираженості депресивної симптоматики на ґрунті аналізу сумарного показника депресії за даними шкали депресії Гамільтона визначали ступінь вираженості депресії: від 0 до 7 балів — відсутність ознак депресії, від 8 до 13 балів — легкий депресивний розлад, від 14 до 18 балів — депресивний розлад середнього ступеня важкості, від 19 до 22 балів — важкий депресивний розлад, 23 і більше балів — вкрай важкий депресивний розлад. Також на ґрунті аналізу кількісних значень за шкалою «Депресія» опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R, визначали рівень депресії: від 0,1 до 0,4 балів — дуже низький рівень, від 0,5 до 1,4 балів — низький рівень,

від 1,5 до 2,4 балів — середній рівень, від 2,5 до 3,4 балів — підвищений рівень, від 3,5 до 4,0 балів — високий рівень. Отже, за кожною зі шкал визначали 5 ґрадацій вираженості депресії — від мінімальної до максимальної, які порівнювали попарно. Остаточний рівень вираженості депресії визначали за найвищим з двох рівнів. Для оцінювання вираженості тривожної симптоматики на ґрунті аналізу сумарного показника тривоги за даними шкали тривоги Гамільтона визначали ступінь вираженості тривоги: до 6 балів — відсутність симптомів тривоги, від 7 до 13 балів — дуже низький рівень, від 14 до 17 балів — низький рівень, від 18 до 24 балів — середній рівень, 25 і більше балів — високий рівень. Також на ґрунті аналізу кількісних значень за шкалою «Тривожність» опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R, визначали рівень тривоги: від 0,1 до 0,4 балів — дуже низький рівень, від 0,5 до 1,4 балів — низький рівень, від 1,5 до 2,4 балів — середній рівень, від 2,5 до 3,4 балів — підвищений рівень, від 3,5 до 4,0 балів — високий рівень. Остаточний рівень вираженості тривоги визначали попарним порівнянням відповідних рівнів (з урахуванням особливостей ґрадацій кожної зі шкал) за найвищим рівнем.

Залежно від домінування депресивних або тривожних тенденцій, що оцінювали порівнянням відповідних рівнів, виокремлені три варіанти афективного кластера: з переважанням проявів депресії (рівень вираженості депресії перевищує рівень вираженості тривоги), з переважанням проявів тривоги (рівень вираженості тривоги перевищує рівень вираженості депресії) та змішаний тривожно-депресивний (рівні вираженості депресії і тривоги однакові).

До другого, поведінкового кластера, включено прояви, що відображують порушення у поведінковій сфері. Для цього ми оцінювали прояви ворожості та обсесивно-компульсивної симптоматики. Оцінювання вираженості проявів ворожості проводили за показником шкали «Ворожість» опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R. Визначали рівень ворожості таким способом: від 0,1 до 0,4 балів — дуже низький рівень, від 0,5 до 1,4 балів — низький рівень, від 1,5 до 2,4 балів — середній рівень, від 2,5 до 3,4 балів — підвищений рівень, від 3,5 до 4,0 балів — високий рівень. Також визначали рівень ворожості на підставі оцінки кількісного значення «Індексу ворожості» опитувальника агресивності А. Басса — Е. Даркі. При цьому показник від 0 до 14 балів інтерпретували як низький рівень ворожості, від 15 до 36 балів — як середній рівень, від 37 до 58 балів — як підвищений рівень, від 59 до 69 балів — як високий, від 70 балів — як дуже високий. Остаточний рівень вираженості ворожості визначали попарним порівнянням відповідних рівнів за найвищим рівнем. Оцінювання вираженості обсесивно-компульсивної симптоматики здійснювали за показником шкали «Обсесивно-компульсивні розлади» опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R таким способом: від 0,1 до 0,4 балів — дуже низький рівень, від 0,5 до 1,4 балів — низький рівень, від 1,5 до 2,4 балів — середній рівень, від 2,5 до 3,4 балів — підвищений рівень, від 3,5 до 4,0 балів — високий рівень. Рівень вираженості обсесивно-компульсивної симптоматики визначали на ґрунті аналізу кількісних показників за шкалою «Обсесивна та компульсивна симптоматика» шкали депресії Гамільтона таким способом: 0 балів — відсутність обсесивно-компульсивної симптоматики, 1 бал — слабо виражена,

2 бали — сильно виражена обсесивно-компульсивна симптоматика. Остаточний рівень вираженості обсесивно-компульсивної симптоматики визначали попарним порівнянням відповідних рівнів за найвищим рівнем.

Залежно від переважання проявів ворожості або проявів обсесивно-компульсивної симптоматики, що оцінювали порівнянням відповідних рівнів, виокремлено три варіанти поведінкового кластера: з переважанням проявів ворожості, з переважанням обсесивно-компульсивних проявів, а також змішаний (обсесивно-ворожий) варіант. У разі наявності істотної вираженості у пацієнта ознак і афективного, і поведінкового кластерів, таких осіб відносили до змішаного психопатологічного кластера.

До додаткового, вегетативно-диссомнічного кластера, включено прояви, що відображують порушення у вегетативній сфері та наявність різних видів диссомнії. Статус додаткового цей кластер отримав, тому що практично не проявлявся самостійно, а здебільшого був тлом для наявної афективної або поведінкової симптоматики. Оцінювання вираженості симптоматики за цим кластером проводили окремо — за вираженістю диссомнічних порушень і за вираженістю вегетативної симптоматики. Показник вираженості диссомнії обчислювали за шкалою «Інсомнія» шкали тривоги Гамільтона таким способом: 0 балів — відсутність, 1 бал — слабкий ступінь, 2 бали — помірний ступінь, 3 бали — важкий ступінь, 4 бали — дуже важкий ступінь. Показник вираженості вегетативних розладів обчислювали за шкалою «Вегетативні симптоми» шкали тривоги Гамільтона таким способом: 0 балів — відсутність, 1 бал — слабкий ступінь, 2 бали — помірний ступінь, 3 бали — важкий ступінь, 4 бали — дуже важкий ступінь.

Залежно від переважання проявів диссомнії або вегетативної симптоматики, що оцінювали за різницею рівнів відповідних показників, виокремлено три варіанти вегетативно-диссомнічного кластера: з переважанням диссомній, з переважанням вегетативної симптоматики та змішаний (з однаковою вираженістю диссомнічної та вегетативної симптоматики).

За результатами домінування афективного чи поведінкового кластера обстежені хворі розподілилися так (табл. 1)6 серед комбатантів розподіл основних кластерів виявився приблизно рівномірним: у 36,4 % обстежених комбатантів виявлено переважання афективного кластера, у 25,2 % — поведінкового, і у 38,4 % — змішаного. На відміну від них, більше ніж у половини переселенців виявлено домінування змішаного кластера (56,2 %), у 23,6 % домінували поведінкові, і у 20,2 % — афективні прояви. Серед половини місцевих, навпаки, встановлено переважання поведінкових порушень (50,9 %), рідше виявлявся змішаний характер змін (34,4 %) і найрідше — афективні порушення (14,7 %).

Більш значущі відмінності встановлені під час аналізу розподілу домінуючих кластерів залежно від рівня стресового навантаження. Зокрема, серед хворих з високим рівнем психосоціального стресу (всього 193 особи) здебільшого спостерігалися порушення афективного спектра — змішаний кластер домінував у 49,7 %, афективний — у 35,2 % (поведінкові прояви були у 15,0 %). У пацієнтів з помірним рівнем стресу (вибірка 84 особи) більш ніж в половині випадків спостерігалися поведінкові порушення (58,3 %), змішані встановлені у 34,5 %, афективні — у 7,1 %. У хворих з низьким рівнем стресу у 82,9 % випадків превалювали поведінкові порушення, у решти 17,1 % — змішані психопатологічні прояви.

У комбатантів з низьким рівнем психосоціального стресу у 50,0 % виявлено домінування поведінкового та змішаного кластерів, з помірним рівнем психосоціального стресу — у 10,3 % переважав афективний кластер, та по 44,8 % — поведінковий та змішаний кластери, а у комбатантів з високим рівнем стресу виявлено переважання афективних змін над поведінковими: 47,4 % проти 17,1 % при питомій вазі змішаного кластера 35,5 %.

У вимушених переселенців загальні закономірності були, загалом, тотожними з такими у комбатантів, однак, виявлені і певні відмінності (див. табл. 1). Зокрема, у 77,8 % переселенців з низьким рівнем

психосоціального стресу домінував поведінковий кластер, у 22,2 % — змішаний; з помірним рівнем стресу — у 4,5 % домінував афективний, у 40,9 % — поведінковий, у 54,6 % — змішаний кластер; з високим рівнем стресу — у 29,3 % домінував афективний, у 8,6 % — поведінковий, і у 62,1 % — змішаний.

У місцевих мешканців домінували поведінкові прояви, при цьому ця тенденція проявлялася у групах з низьким (87,5 %) та помірним (81,8 %) рівнями стресу, тоді як у групі з високим стресом переважав змішаний кластер (56,0 %). Афективні зміни були найбільшою мірою виражені у місцевих мешканців з високим (25,4 %) та помірним (6,1 %) рівнями стресу (див. табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл за домінуючим кластером психопатологічної симптоматики у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу

Варіант домінуючого кластера	Рівень психосоціального стресу								p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
	низький		помірний		високий		разом				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Комбатанти											
Афективний	0	0,0	3	10,3	36	47,4	39	36,4	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Поведінковий	1	50,0	13	44,8	13	17,1	27	25,2	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Змішаний	1	50,0	13	44,8	27	35,5	41	38,4	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Вимушені переселенці											
Афективний	0	0,0	1	4,5	17	29,3	18	20,2	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Поведінковий	7	77,8	9	40,9	5	8,6	21	23,6	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Змішаний	2	22,2	12	54,6	36	62,1	50	56,2	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Місцеві мешканці											
Афективний	0	0,0	2	6,1	15	25,4	17	14,7	> 0,05	< 0,01	< 0,05
Поведінковий	21	87,5	27	81,8	11	18,6	59	50,9	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Змішаний	3	12,5	4	12,1	33	56,0	40	34,4	> 0,05	< 0,01	< 0,01

Примітка. p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} — відмінності при попарному порівнянні різних соціальних груп

Під час структурного аналізу особливостей розподілу обстеженого контингенту за основними варіантами в межах окремих кластерів виявлені такі результати: із складових афективного кластера в обстежених усіх соціальних груп домінували тривожно-депресивний (змішаний) або депресивний психопатологічні феномени (табл. 2).

Зокрема, серед комбатантів у 42,0 % виявлено переважання тривожно-депресивного симптомокомплексу, у 39,3 % — депресії, у 18,7 % — тривоги. Серед вимушених переселенців чимала частина хворих демонструвала переважання змішаної тривожно-депресивної симптоматики (42,7 %) та проявів депресії (40,4 %); переважання тривожних проявів було характерним для 16,9 %. У місцевих мешканців виявлено тенденцію до домінування змішаного варіанту реагування — 61,2 %, на другому місці виявились депресивні прояви — 31,9 %, переважання тривоги було характерним для 6,9 % респондентів.

Вивчення особливостей домінування компонентів афективного кластера залежно від рівня пережитого хворими психосоціального стресу, загалом, продемонструвало схожість структурного розподілу афективних феноменів. У осіб з високим рівнем стресового навантаження більше ніж в половині випадків (53,4 %) характерними були тривожно-депресивні ознаки, у 27,5 % — прояви депресії, і у 19,1 % — патологічної

тривоги. Серед хворих з помірним рівнем стресу переважали особи з вираженими проявами депресії (61,9 %), у 35,7 % спостерігалась змішана симптоматика і у 2,4 % — тривожні прояви. Пацієнти з низьким рівнем стресу були схильні до тривожно-депресивного реагування (60,0 %), близько третини (28,6 %) були піддані депресивним переживанням, а у 11,4 % встановлено домінування симптомів тривоги.

У комбатантів з низьким і помірним рівнями психосоціального стресу переважали прояви депресії (50,0 % та 75,9 % відповідно), а з високим — тривожні (26,3 %) і змішані (48,7 %) прояви.

Серед вимушених переселенців питома вага хворих з переважанням проявів депресії при низькому рівні психосоціального стресу склала 33,3 %, при помірному — 63,6 %, при високому — 32,8 %; з переважанням проявів тривоги — відповідно 22,2 %, 4,5 %, 20,7 %, зі змішаним характером проявів — відповідно 44,5 %, 31,9 %, 46,5 %.

У місцевих мешканців виявлено тенденцію до домінування змішаного варіанту реагування. У цієї групи питома вага хворих з переважанням проявів депресії при низькому рівні психосоціального стресу склала 25,0 %, при помірному — 48,5 %, при високому — 25,4 %; з переважанням проявів тривоги — відповідно 8,3 %, 3,0 %, 8,5 %; зі змішаним характером проявів — відповідно 66,7 %, 48,5 %, 66,1 %.

Таблиця 2. Розподіл за структурою варіантів афективного кластера у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу

Варіант	Рівень психосоціального стресу								p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
	низький		помірний		високий		разом				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Комбатанти											
З переважанням проявів депресії	1	50,0	22	75,9	19	25,0	42	39,3	> 0,05	> 0,05	< 0,01
З переважанням проявів тривоги	0	0,0	0	0,0	20	26,3	20	18,7	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Змішаний	1	50,0	7	24,1	37	48,7	45	42,0	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Вимушені переселенці											
З переважанням проявів депресії	3	33,3	14	63,6	19	32,8	36	40,4	> 0,05	> 0,05	< 0,05
З переважанням проявів тривоги	2	22,2	1	4,5	12	20,7	15	16,9	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	4	44,5	7	31,9	27	46,5	38	42,7	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Місцеві мешканці											
З переважанням проявів депресії		25,0	16	48,5	15	25,4	37	31,9	> 0,05	> 0,05	< 0,05
З переважанням проявів тривоги	2	8,3	1	3,0	5	8,5	8	6,9	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	16	66,7	16	48,5	39	66,1	71	61,2	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Структурний аналіз розподілу клінічних варіантів, що склали поведінковий кластер, продемонстрував (табл. 3) що серед хворих на АЗ усіх соціальних груп переважали прояви ворожості: серед комбатантів таких осіб виявлено 82,2 %, переселенців — 77,5 %, місцевих мешканців — 77,5 %. На другому місці за по-

ширеністю виявився змішаний обсесивно-ворожий варіант, який був притаманний 15,0 % комбатантів, 20,3 % переселенців і 15,5 % місцевих мешканців. Обсесивно-компульсивний варіант діагностовано у 2,8 % комбатантів, 2,2 % переселенців, 2,6 % місцевих мешканців.

Таблиця 3. Розподіл за структурою варіантів поведінкового кластера у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним ступенем психосоціального стресу

Варіант	Рівень психосоціального стресу								p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
	низький		помірний		високий		разом				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Комбатанти											
З переважанням ворожості	2	100,0	26	89,7	60	78,9	88	82,2	> 0,05	> 0,05	> 0,05
З переважанням obsесивно-компульсивних проявів	0	0,0	0	0,0	3	3,9	3	2,8	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	0	0,0	3	10,3	13	17,2	16	15,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Вимушені переселенці											
З переважанням ворожості	6	66,7	20	90,9	43	74,1	69	77,5	> 0,05	> 0,05	> 0,05
З переважанням obsесивно-компульсивних проявів	0	0,0	0	0,0	2	3,4	2	2,2	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	3	33,3	2	9,1	13	22,5	18	20,3	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Місцеві мешканці											
З переважанням ворожості	24	100,0	29	87,9	42	71,2	95	81,9	> 0,05	< 0,01	> 0,05
З переважанням obsесивно-компульсивних проявів	0	0,0	0	0,0	3	5,1	3	2,6	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	0	0,0	4	12,1	14	23,7	18	15,5	> 0,05	< 0,01	> 0,05

Під час дослідження специфіки розподілу клінічних варіантів в структурі психопатологічного поведінкового кластера залежно від вираженості стресового навантаження була зафіксована схожа тенденція щодо переважання у обстежених проявів ворожості: серед хворих з високим рівнем стресу таких осіб виявилось 75,1 %, з помірним — 89,3 %, низьким — 91,4 %. Схильність до змішаного реагування була виявлена у 20,7 % респондентів з високим рівнем стресу, у 10,7 % — з помірним, у 8,6 % — з низьким. Обсесивно-компульсивні прояви були характерні для 4,1 % осіб з високим рівнем стресу.

У комбатантів виявлено переважання проявів ворожості при всіх рівнях психосоціального стресу: 100,0 % — при низькому, 89,7 % — при помірному, 78,9 % — при високому. Варіант з переважанням обсесивно-компульсивних розладів виявлено лише у комбатантів з високим рівнем стресу (3,9 %). Змішаний варіант виявлений у 10,3 % комбатантів з помірним рівнем стресу, у 17,2 % — з високим, та у 15,0 % — загалом. Натомість, у вимушених переселенців також виявлено чітку тенденцію до переважання варіанту з ворожостю: 66,7 % — при низькому рівні стресу, 90,9 % — при помірному, 74,1 % — при високому.

Обсесивно-компульсивний варіант виявлений у 3,4 % переселенців з тяжким рівнем стресу. Змішаний варіант виявлений у 33,3 % переселенців з низьким рівнем стресу, у 9,1 % — з помірним, у 22,5 % — з високим. У місцевих мешканців також питома вага хворих з переважанням ворожості виявилась найбільшою: при низькому рівні психосоціального стресу — 100 %, при помірному — 87,9 %, і при високому — 71,2 %.

Аналіз особливостей розподілу вегетативно-диссомнічних симптомів, на тлі яких проявлялись клінічні варіанти афективного й поведінкового кластерів, виявив таку картину (табл. 4): загалом, прояви диссомнії і вегетативної дисфункції спостерігались в ізольованих варіантах у 46,7 % і 35,5 % комбатантів, 44,9 % і 34,8 % переселенців, 31,0 % і 50,9 % місцевих мешканців, відповідно. Мікст диссомнічно-вегетативної симптоматики виявлено у 17,8 % комбатантів, 20,3 % переселенців і 18,1 % місцевих мешканців.

Пошук закономірностей розподілу диссомнічно-вегетативних проявів залежно від рівня психосоціального стресу, як і в попередніх випадках, не дав однозначної відповіді: серед хворих з високим стресовим навантаженням у 52,8 % характерною була диссомнія, в 28,0 % випадків — вегетативна дисфункція,

в 19,2 % — змішана симптоматика. У 58,3 % пацієнтів з помірним рівнем стресу спостерігались вегетативні порушення, у 22,6 % — диссомнічні, у 19,0 % — змішані. 71,4 % респондентів з низьким рівнем стресу страждали на вегетативні розлади, решта — по 14,3 % — відповідно, на диссомнічні або змішані.

У комбатантів з низьким рівнем психосоціального стресу виявлено лише вегетативний та змішаний варіант переважання (по 50,0 %), з помірним рівнем психосоціального стресу — у 31,0 % виявлено переважання диссомнічних проявів, у 51,7 % — вегетативних, і у 17,3 % змішаних; з високим рівнем психосоціального стресу — відповідно, 53,9 %, 28,9 % та 17,2 %. У вимушених переселенців при низькому рівні психосоціального стресу переважання диссомнічних проявів виявлено у 11,1 %, вегетативних — у 77,8 %, змішаних — у 11,1 %, при помірному — відповідно, 27,3 %, 50,0 % і 22,7 %; при високому — відповідно, 56,9 %, 22,4 %, 20,7 %. У місцевих мешканців при низькому рівні психосоціального стресу переважання диссомнічних проявів виявлено у 16,7 %, вегетативних — у 70,8 %, змішаних — у 12,5 %, при помірному — відповідно, 12,1 %, 69,7 % і 18,2 %; при високому — відповідно, 47,5 %, 32,2 %, 20,3 %.

Таблиця 4. Розподіл за структурою варіантів додаткового вегетативно-диссомнічного кластера у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу

Варіант	Рівень психосоціального стресу								p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
	низький		помірний		високий		разом				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Комбатанти											
3 переважанням диссомній	0	0,0	9	31,0	41	53,9	50	46,7	> 0,05	> 0,05	< 0,05
3 переважанням вегетативної симптоматики	1	50,0	15	51,7	22	28,9	38	35,5	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Змішаний	1	50,0	5	17,3	13	17,2	19	17,8	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Вимушені переселенці											
3 переважанням диссомній	1	11,1	6	27,3	33	56,9	40	44,9	> 0,05	< 0,05	< 0,05
3 переважанням вегетативної симптоматики	7	77,8	11	50,0	13	22,4	31	34,8	> 0,05	< 0,01	< 0,05
Змішаний	1	11,1	5	22,7	12	20,7	18	20,3	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Місцеві мешканці											
3 переважанням диссомній	4	16,7	4	12,1	28	47,5	36	31,0	> 0,05	< 0,01	< 0,01
3 переважанням вегетативної симптоматики	17	70,8	23	69,7	19	32,2	59	50,9	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Змішаний	3	12,5	6	18,2	12	20,3	21	18,1	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Отже, результати дослідження дозволили дійти таких висновків.

Клінічна картина алкогольної залежності в осіб різних соціальних груп характеризується різноманітними констеляціями клініко-психопатологічних проявів синдрому залежності від алкоголю, афективної, поведінкової і диссомнічно-вегетативної симптоматики, які частково визначаються рівнем психосоціального стресу, притаманним хворим.

Виразеність і варіативність аддиктивної складової клінічної картини АЗ лінійно асоційована з рівнем пережитого пацієнтами психосоціального стресу: чим вище стресове навантаження, тим більше виражені симптоми АЗ.

В афективно-конативному аранжуванні клінічної картини АЗ виокремлені афективний і поведінковий

психопатологічні кластери, кожен з яких складається з трьох клінічних варіантів, що реалізуються на тлі соматовегетативних порушень. При цьому розподіл і вираженість афективної і поведінкової симптоматики не має лінійного зв'язку з рівнем психосоціального стресу, притаманним хворим.

В структурі афективного кластера у хворих на АЗ з будь-яким рівнем психосоціального стресу превалюють тривожно-депресивні або депресивні прояви, а в структурі поведінкового — спостерігається абсолютне домінування проявів ворожості. Зважаючи на той факт, що у більшості пацієнтів усіх соціальних груп та з будь-яким рівнем пережитого ними психосоціального стресу спостерігаються виражені прояви ворожості в структурі психопатологічного поведінкового кластера, та з урахуванням її деструктивного

впливу на вираженість проявів АЗ, вважаємо, що значущий феномен є одночасно предиктором і похідним АЗ, створюючи таким способом порочне коло патологічних взаємовпливів.

Зважаючи на викладені результати, наша подальша робота буде спрямована на створення системи таргетно персоналізованих лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів, з урахуванням дії психосоціального стресу на АЗ, і впровадження її в наявну комплексну систему надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на АЗ.

Список літератури

1. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe / Rehm J., Anderson P., Barry J. [et al.] // Eur Addict Res. 2015. Vol. 21. P. 6—18. DOI: 10.1159/000365284.
2. Сочинська С. За рівнем споживання алкоголю Україна — шоста у світі. URL : <https://wz.lviv.ua/news/374076>. (дата відвідування 11.07.2018).
3. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990—2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // Lancet Psychiatry. 2018. Vol. 392, Issue 10152. P. 1015—1035. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
4. Марута Н. О., Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 21—28.
5. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С. 8—13.
6. Денисенко М. М., Лакинський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40—44.
7. 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.
8. Roberts B., Ezard N. Why are we not doing more for alcohol use disorder among conflict-affected populations? // Addiction. 2015. Vol. 110. P. 889—890. DOI: 10.1111/add.12869.
9. Mackey T. K., Strathdee S. A. Responding to the public health consequences of the Ukraine crisis: an opportunity for global health diplomacy // J Int AIDS Soc. 2015. Vol. 18. P. 19410. DOI: 10.7448/IAS.18.1.19410.
10. Palmisano M., Pandey S. C. Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders // Alcohol. 2017 May. Vol. 60. P. 7—18. DOI: 10.1016/j.alcohol.2017.01.001.
11. Becker H. C. Effects of alcohol dependence and withdrawal on stress responsiveness and alcohol consumption // Alcohol Research. 2012. Vol. 34(4). P. 448—458.
12. Cadet J. L. Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications // Molecular Neurobiology. 2016. Vol. 53 (1). P. 545—560.
13. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємодії // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 104—109.
14. 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.
15. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. Киев : Сфера, 2000. 416 с.
16. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care / Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B., Monteiro M. G. Geneva : WHO, 2001. 28 p. URL : <http://www.who.int/iris/handle/10665/67205>.
17. Stockwell T., Sithavan T., McGrath D. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples // Addiction. 1994. Vol. 89. P. 167—174.
18. Сосін І. К., Гапонов К. Д., Гончарова О. Ю., Маркова М. В. Спосіб діагностики клінічної специфіки і прогнозу перебігу алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу // Інформаційний лист МОЗ України № 249-2018. 4 с.
19. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб. : Питер, 2009. 336 с.
20. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии (Современная терапия). Харьков : Торнадо, 2003. 350 с.
21. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.
22. Хван А. А., Зайцев Ю. А., Кузнецова Ю. А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки // Психологическая диагностика. 2008. № 1. С. 35—58.
23. Гапонов К. Д. Особливості клінічного аранжування алкогольної залежності у осіб з різним рівнем психосоціального стресу // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2018. Т. 5, № 9. С. 41—52.

Надійшла до редакції 14.12.2018 р.

ГАПОНОВ Костянтин Дмитрович, кандидат медичних наук, головний лікар Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласний наркологічний диспансер», доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків, Україна; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-2835-1027>

GAPONOV Kostiantyn, MD, PhD, Head Physician of the Communal Non-profit Enterprise of Kharkiv Regional Council "Regional Narcological Dispensary", an Associate Professor of the of the Narcology Department at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>