

УДК 613.861:616.895:613.816

*К.Д. Гапонов*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

### **АНАЛІЗ СВОЄРІДНОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ І ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ**

Проаналізовано своєрідність клінічної варіативності проявів алкогольної залежності і постстресових розладів у осіб з різною вираженістю психосоціального стресу. Для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу на формування й перебіг алкогольної залежності обстежено 312 чоловіків: 107 комбатантів, 89 вимушено переміщених осіб та 116 цивільних мешканців м. Харкова й Харківської області. Проаналізовано кореляційні зв'язки між вираженістю симптоматики постстресових розладів та алкогольної залежності (за даними AUDIT-тесту та шкали SADQ-C). Установлено тісну пряму кореляцію: коефіцієнт рангової кореляції для сумарного інтегрального показника вираженості впливу травматичної події і вираженості алкогольної залежності – 0,797 ( $p < 0,01$ ), а зв'язок між вираженістю патологічного стресового реагування на психотравматичний досвід та вираженістю стану відміни (що є базовою характеристикою, яка визначає тяжкість алкогольної залежності) – на рівні 0,733 ( $p < 0,01$ ). Вираженість впливу психотравматичного досвіду прямо корелює з вираженістю розладів, пов'язаних зі зловживанням алкоголю, як за оцінкою небезпечності наслідків його вживання, так і за якісними клінічними характеристиками алкогольної залежності. Сила патологічного впливу травматичної події зумовлена вираженістю стресового реагування на неї, що асоційовано з вираженістю випробуваного психосоціального стресу та проявів алкогольної залежності.

**Ключові слова:** *алкогольна залежність, психосоціальний стрес, вплив психотравматичного досвіду, постстресові розлади.*

#### **Вступ**

За узагальненими даними 195 країн світу за період 1990–2016 років проаналізовано глобальний тягар захворювань, пов'язаних зі вживанням алкоголю, та віднесено Україну на друге місце у світі за кількістю років, утрачених через непрацездатність або передчасну смерть унаслідок уживання алкоголю [1]. Дані ВООЗ свідчать про те, що за показником смертності від алкоголю Україна займає дев'яте місце у світі, а кількість смертей, асоційованих зі вживанням алкоголю, становить 1,3 % від їхньої загальної кількості [2].

Теперішній стан рівня розповсюженості розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю, та надання наркологічної допомоги населенню в країні являє собою віддзеркалення суспільно-політичних процесів, що відбуваються зараз в Україні [3, 4]. Насамперед, йдеться про фактори, пов'язані з дією надсильних стресорів, таких як політична й економічна нестабільність та бойові дії на Сході України [5, 6].

Взаємозв'язок між стресовим навантаженням та вживанням алкоголю підтверджено результатами великої кількості епідеміологічних, генетичних, біохімічних, нейрофізіологіч-

© К.Д. Гапонов, 2018

них, клінічних та інших досліджень зі значною доказовою базою і визнається всіма науковими школами й напрямками [7, 8].

Проте, незважаючи на очевидну необхідність, накопичення цих знань не привело поки що до розуміння того, яким чином, використовуючи нові знання, вплинути на зменшення шкоди від уживання алкоголю та ефективність лікування алкогольної залежності (АЗ) у осіб, що переживають надзвичайний стрес. Ураховуючи системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами мають опиратися на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні й реабілітаційні стратегії повинні бути суттєво модифіковані з урахуванням вектора дії стресу на формування й перебіг АЗ.

**Мета роботи** – аналіз своєрідності клінічної варіативності проявів АЗ і постстресових розладів у осіб з різною вираженістю психосоціального стресу для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу на формування й перебіг АЗ.

#### **Контингент, матеріал і методи**

На базі КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер» протягом 2014–2018 років за умов інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики й деонтології обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, які мали досвід участі в бойових діях на Сході України під час проведення Антитерористичної операції й 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.

У дослідженні використовували клінічний, клініко-психопатологічний й психодіагностичний методи. Алкогольну залежність діагностували за допомогою клініко-психопатологічного методу, що був доповнений, окрім клінічного структурованого інтерв'ю згідно з діагностичними критеріями МКХ-10, психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT (для виявлення розладів, пов'язаних зі зловживанням алкоголю, і визначення ступеня небезпечності його вживання) [9] та шкали SADQ-C [10]. Тяжкість психосоціального стресу вимірювали за однойменною

шкалою Л. Рідера [11]. Особливості постстресових розладів оцінювали з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10 для рубрики F 43.1 «Посттравматичний стресовий розлад» [12] та «Шкали оцінки впливу травматичної події» М. Горвіца в адаптації Н.В. Тарабріної [13].

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики й аналіз розбіжностей з використанням непараметричних методів: тесту Манна-Уїтні та точного критерію Фішера.

#### **Результати та їх обговорення**

За критерієм тяжкості переживання психосоціального стресу (за шкалою Л. Рідера) обстежених було розподілено на три групи: з низьким рівнем – 35 осіб (показник за шкалою до 0,99 бала), з помірним рівнем – 84 особи (показник від 1,00 до 1,99 бала) та з високим рівнем – 193 особи (показник понад 2,00 бали).

Відносно низький рівень психосоціального стресу мав місце у 2 (1,9 %) комбатантів, 9 (10,1 %) переселенців та 24 (20,7 %) місцевих мешканців, середній показник по групі – (0,62±0,21) бала. Помірний рівень стресу виявлено у 29 (27,1 %) комбатантів, 22 (24,7 %) переселенців та 33 (28,4 %) місцевих мешканців, середній показник – (1,39±0,30) бала. Тяжкий рівень стресового навантаження встановлено в 76 (71,0 %) комбатантів, 58 (65,2 %) переселенців та 59 (50,9 %) місцевих мешканців, середній показник – (2,47±0,38) бала. Розбіжності при порівнянні середньої вираженості психосоціального стресу в даних групах статистично значущі ( $p < 0,01$ ).

Середні показники вираженості психосоціального стресу в осіб різних соціальних груп дорівнювали: у комбатантів – (2,24±0,63) бала, у переселенців – (2,03±0,72) бала, у місцевих мешканців – (1,68±0,78) бала. Розбіжності статистично значущі при порівнянні груп комбатантів і місцевих мешканців та переселенців і місцевих мешканців ( $p < 0,01$ ).

Вираженість клінічних проявів АЗ (за тестом AUDIT) у комбатантів становила (30,43±7,31) бала, у переселенців – (28,60±7,78) бала, у місцевих мешканців – (25,43±8,19) бала. Розбіжності статистично значущі при порівнянні комбатантів і місцевих мешканців ( $p < 0,01$ ), переселенців і місцевих мешканців ( $p < 0,01$ ). У осіб з легким стресом середній показник за AUDIT становив (15,17±2,32)

бала, з помірним рівнем реагування на стрес – (21,53±1,99) бала, з тяжким – (31,51±6,35) бала. Розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп поміж собою ( $p < 0,01$ ).

Розбіжності за вираженістю й клінічною варіативністю стану відміни (шкала SADQ-C) також були суттєві в розрізі вираженості психосоціального стресу. Середній показник у обстежених з легким рівнем психосоціального стресу становив (9,14±6,03) бала, з помірним – (36,89±5,40) бала, з високим – (46,65±7,62) бала (розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп,  $p < 0,01$ ). Однак дані відмінності між пацієнтами різних соціальних груп не є статистично значущими. У комбатантів середній показник за шкалою SADQ-C становив (43,48±9,17) бала, у вимушених переселенців – (41,04±13,18) бала ( $p > 0,05$ ), у місцевих мешканців – (35,49±16,02) бала.

За результатами дослідження сили реагування на наявний психотравматичний досвід за шкалою оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) встановлено важливу закономірність: зі зростанням тяжкості переживання психосоціального стресу показники як за окремими шкалами ШОВТП, так і за інтегральним показником збільшувались. У цілому, найвищі показники посттравматичного стресу внаслідок психотравматичного досвіду були

в комбатантів, трохи меншими – у вимушених переселенців та найменшими – у місцевих мешканців (табл. 1, 2).

Середній показник вираженості симптомів вторгнення в комбатантів з легким рівнем психосоціального стресу дорівнював (7,50±0,71) бала, з помірним – (9,10±0,98) бала, з тяжким – (18,42±6,82) бала ( $p < 0,05$ ); симптомів уникнення – відповідно (8,50±0,71), (11,72±1,83) та (20,01±7,43) бала ( $p < 0,05$ ); проявів фізіологічної збудливості – відповідно (8,50±0,71), (10,86±1,48) та (23,21±6,38) бала ( $p < 0,05$ ). Отже, у комбатантів з АЗ та легким і помірним рівнями психосоціального стресу всі структурні компоненти патологічного стресового реагування внаслідок переживання травматичної події (вторгнення, уникнення та фізіологічної збудливості) були в діапазоні низьких значень, а в респондентів з тяжким рівнем психосоціального стресу – у межах наднормативних, підвищених показників.

Сумарний показник впливу травматичної події в обстежених з легким рівнем психосоціального стресу знаходився на межі показників низького й помірного постстресового реагування і становив (24,50±2,12) бала, з помірним – у амплітуді середніх значень помірного постстресового реагування – (31,69±3,60) бала, з тяжким – у діапазоні вираженого

Таблиця 1. Кількісні показники за шкалою оцінки впливу травматичної події у комбатантів, вимушених переселенців та місцевих мешканців, бали ( $M \pm t$ )

Показник	Рівень психосоціального стресу			p <sub>1-2</sub>	p <sub>1-3</sub>	p <sub>2-3</sub>
	легкий	помірний	тяжкий			
<i>Комбатанти</i>						
Вторгнення	7,50±0,71	9,10±0,98	18,42±6,82	<0,05	<0,05	<0,01
Уникнення	8,50±0,71	11,72±1,83	20,01±7,43	<0,05	<0,05	<0,01
Фізіологічна збудливість	8,50±0,71	10,86±1,48	23,21±6,38	<0,05	<0,05	<0,01
Сумарний показник	24,50±2,12	31,69±3,60	61,64±20,34	<0,05	<0,05	<0,01
<i>Вимушені переселенці</i>						
Вторгнення	7,11±0,33	8,14±0,77	17,50±6,22	<0,01	<0,01	<0,01
Уникнення	8,22±0,44	9,41±1,05	18,93±7,10	<0,01	<0,01	<0,01
Фізіологічна збудливість	8,11±0,33	10,09±1,66	22,62±6,08	<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник	23,33±0,50	27,64±2,74	59,05±19,11	<0,01	<0,01	<0,01
<i>Місцеві мешканці</i>						
Вторгнення	7,04±0,20	8,00±0,87	14,03±1,46	<0,01	<0,01	<0,01
Уникнення	8,08±0,28	8,85±1,03	14,44±2,55	<0,01	<0,01	<0,01
Фізіологічна збудливість	7,96±0,20	9,70±1,57	13,80±2,58	<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник	23,08±0,41	26,55±2,97	42,27±5,57	<0,01	<0,01	<0,01

*Примітка.* Розбіжності достовірні при порівнянні показників в осіб з різним психосоціальним стресом: p<sub>1-2</sub> – легким і помірним; p<sub>1-3</sub> – легким і тяжким; p<sub>2-3</sub> – помірним і тяжким.

Таблиця 2. Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні показників комбатантів, вимушених переселенців та місцевих мешканців відповідних груп психосоціального стресу

Показник	K1 vs П1	K1 vs M1	П1 vs M1	K2 vs П2	K2 vs M2	П2 vs M2	K3 vs П3	K3 vs M3	П3 vs M3
Вторгнення	<0,1	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05
Уникнення	>0,05	<0,1	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Фізіологічна збудливість	>0,05	<0,05	>0,05	<0,1	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Сумарний показник	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01

*Примітка.* K1, П1 та M1 – комбатанти, вимушені переселенці та місцеві мешканці відповідно з легким психосоціальним стресом; K2, П2 та M2 – з помірним стресом; K3, П3 та M3 – з тяжким психосоціальним стресом.

посттравматичного стресу – (61,64±20,34) бала ( $p<0,05$ ).

Схожу тенденцію виявлено в групі переселенців з АЗ. Так, у вимушених переселенців середній показник за шкалою вторгнення при легкому рівні психосоціального стресу становив (7,11±0,33) бала, при помірному – (8,14±0,77) бала, при тяжкому – (17,50±6,22) бала ( $p<0,01$ ); за шкалою уникнення – відповідно (8,22±0,44), (9,41±1,05) та (18,93±7,10) бала ( $p<0,01$ ); за шкалою фізіологічної збудливості – відповідно (8,11±0,33), (10,09±1,66) та (22,62±6,08) бала ( $p<0,01$ ). Таким чином, у пацієнтів з АЗ з легким і помірним рівнями психосоціального стресу даної соціальної групи вираженість реагування на пережиті психотравматичні події за всіма структурними компонентами не перевищувала нормативних значень, а в осіб з тяжким психосоціальним стресом була в рамках підвищених наднормативних значень.

Сумарний показник вираженості реакції на наявний в анамнезі психотравматичний досвід в осіб з легким рівнем психосоціального стресу був на верхній межі низьких значень і становив (23,33±0,50) бала, з помірним – близько до нижньої межі діапазону помірних показників – (27,64±2,74) бала, з тяжким – у амплітуді вираженого постстрессового реагування – (59,05±19,11) бала ( $p<0,01$ ).

У місцевих мешканців з легким рівнем психосоціального стресу середній показник за шкалою вторгнення дорівнював (7,04±0,20) бала, з помірним – (8,00±0,87) бала, з тяжким – (14,03±1,46) бала ( $p<0,01$ ); за шкалою уникнення – відповідно (8,08±0,28), (8,85±1,03) та (14,44±2,55) бала ( $p<0,01$ ); за шкалою фізіологічної збудливості – відповідно (7,96±0,20), (9,70±1,57) та (13,80±2,58) бала ( $p<0,01$ ).

Отже, у місцевих мешканців з високим рівнем психосоціального стресу, урахувавши відсутність в анамнезі значних травматичних подій і надсильного психотравматичного досвіду, вираженість складових посттравматичного стресу була в рамках нормативних показників, а сумарний показник за ШОВТП – у середньому діапазоні помірних значень – (42,27±5,57) бала. У інших респондентів даної соціальної групи показники як складових, так і сумарного показника посттравматичного стресу були в межах низьких нормативних значень і становили (23,08±0,41) і (26,55±2,97) бала відповідно.

При порівнянні показників різних соціальних груп з однаковим рівнем психосоціального стресу виявлено найбільші відмінності в обстежених з помірним рівнем стресу. При цьому найбільше розрізнялись між собою групи комбатантів і вимушених переселенців, а також комбатантів і місцевих мешканців (табл. 1). Найбільші відмінності мали показники симптомів вторгнення й уникнення, а також сумарного інтегрального показника ШОВТП ( $p<0,01$ ); для симптомів фізіологічної збудливості рівень статистичної значущості розбіжностей становив 90 % ( $p<0,1$ ).

Специфіку розподілу й вираженості клінічних ознак посттравматичного стрессового розладу (ПТСР) вивчали, оцінюючи наявну в обстежених клініко-психопатологічну симптоматику у світлі диференційно-діагностичних критеріїв для ПТСР, викладених у МКХ-10. Отже, аналізу підлягали наявність і вираженість симптомів, що становлять клінічний зміст даного розладу [12].

Для критерію «вторгнення» такими симптомами були насамперед нав'язливі повторні переживання пережитих екстремальних подій –

або у формі безпричинних «флешбек»-ефектів, або у страхітливих сновидіннях, або викликаних зовнішньою чи внутрішньою ситуацією, що нагадувала про травматичні події чи символізувала їх.

Для критерію «уникнення» це були зусилля для уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою, або зусилля з уникнення дій, місць чи людей, що викликали спогади про травму, або неможливість згадати тяжкі аспекти травми (часткова психогенна амнезія), або значно знижений інтерес до участі в раніше значущих видах діяльності, або відчуженість чи віддаленість від інших людей, або зниження прояву вищих емоцій (нездатність любити), або відсутність перспективи в майбутньому (відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей або власного тривалого життя) – наявність трьох перерахованих ознак і більше трактували як підтвердження клінічно окресленого симптому ПТСР.

Для критерію «гіперактивності» аналізували труднощі засинання або поганий сон (ранні

пробудження), або дратівливість чи спалахи гніву, або складнощі із зосередженням уваги, або підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози, або гіпертрофована реакція переляку – з урахуванням того, що такі симптоми не спостерігалися до травми.

Крім того, звертали увагу на відповідність наявної клінічної картини критеріям тривалості перебігу розладу (перераховані симптоми спостерігаються більш ніж 1 місяць після травми) та наявності ознак клінічно значущого дистресу або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

При аналізі особливостей вираженості посттравматичного стресового розладу у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем вираженості психосоціального стресу отримано такі результати (табл. 3). У хворих на АЗ комбатантів і вимушених переселенців з легким рівнем психосоціального стресу ознак ПТСР не виявлено.

Окремі, незначно виражені симптоми ПТСР мали місце у 31,0 % комбатантів, 31,8 %

Таблиця 3. Розподіл хворих на АЗ залежно від рівня психосоціального стресу та ознак посттравматичного стресового розладу

Вираженість посттравматичного стресового розладу	Рівень психосоціального стресу								p <sub>1-2</sub>	p <sub>1-3</sub>	p <sub>2-3</sub>
	легкий		помірний		тяжкий		всього				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
<i>Комбатанти</i>											
Відсутність ознак	2	100	16	55,2	4	5,3	22	20,6	>0,05	>0,05	<0,01
Окремі, незначно виражені симптоми	0	0,0	9	31,0	15	19,7	24	22,4	>0,05	>0,05	>0,05
Частковий	0	0,0	2	6,9	18	23,7	20	18,7	>0,05	>0,05	<0,05
Клінічно виражені ознаки	0	0,0	1	3,4	15	19,7	16	15,0	>0,05	>0,05	<0,05
Повний	0	0,0	1	3,4	24	31,6	25	23,4	>0,05	>0,05	<0,01
<i>Вимушені переселенці</i>											
Відсутність ознак	9	100	11	50,0	2	3,4	22	24,7	<0,01	<0,01	<0,01
Окремі, незначно виражені симптоми	0	0,0	7	31,8	17	29,3	24	27,0	>0,05	<0,01	>0,05
Частковий	0	0,0	2	9,1	16	27,6	18	20,2	>0,05	<0,01	>0,05
Клінічно виражені ознаки	0	0,0	1	4,5	9	15,5	10	11,2	>0,05	<0,05	>0,05
Повний	0	0,0	1	4,5	14	24,1	15	16,9	>0,05	<0,01	<0,05
<i>Місцеві мешканці</i>											
Відсутність ознак	24	100	28	84,8	48	81,4	100	86,2	<0,05	<0,05	>0,05
Окремі, незначно виражені симптоми	0	0,0	5	15,2	11	18,6	16	13,8	<0,05	<0,05	>0,05
Частковий	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Клінічно виражені ознаки	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Повний	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05	>0,05	>0,05

*Примітка.* Розбіжності достовірні при порівнянні показників в осіб з різним психосоціальним стресом: p<sub>1-2</sub> – легким і помірним; p<sub>1-3</sub> – легким і тяжким; p<sub>2-3</sub> – помірним і тяжким.

переселенців та 15,2 % місцевих мешканців з помірним рівнем психосоціального стресу, а також у 19,7 % комбатантів, 29,3 % переселенців та 18,6 % місцевих мешканців з тяжким рівнем психосоціального стресу.

Частковий ПТСР виявлено у 6,9 % комбатантів і 9,1 % переселенців з помірним рівнем психосоціального стресу та у 23,7 % комбатантів і 27,6 % переселенців з тяжким рівнем психосоціального стресу.

У 3,4 % комбатантів і 4,5 % переселенців з помірним рівнем психосоціального стресу виявлено клінічно виражені ознаки ПТСР та клінічно окреслений ПТСР, у 19,7 % комбатантів і 15,5 % переселенців з помірним рівнем стресу – клінічно виражені ознаки ПТСР, а у 31,6 % комбатантів і 24,1 % переселенців – повний ПТСР.

У цілому в комбатантів ознаки ПТСР були відсутні у 20,6 % обстежених, окремі, незначно виражені симптоми ПТСР спостерігались у 22,4 %, частковий ПТСР – у 18,7 %, клінічно виражені ознаки ПТСР – у 15,0 %, окреслений ПТСР – у 23,4 %; у вимушених переселенців – відповідно у 24,7; 27,0; 20,2; 11,2 та 16,9 %. У місцевих мешканців ознаки ПТСР відсутні у 86,2 %, а окремі, незначно виражені ознаки ПТСР мали місце у 13,8 %.

Крім того, було проаналізовано кореляційні зв'язки між вираженістю симптоматики постстресового розладу та АЗ за даними AUDIT-тесту і шкали SADQ-C. Результати аналізу кореляційних зв'язків між вираженістю симптоматики постстресового розладу та АЗ (за даними AUDIT-тесту та шкали SADQ-C)

наочно продемонстрували тісну пряму кореляцію: коефіцієнт рангової кореляції для сумарного інтегрального показника вираженості впливу травматичної події і вираженості АЗ дорівнював 0,797 ( $p < 0,01$ ), а зв'язок між вираженістю патологічного стресового реагування на психотравматичний досвід і вираженістю стану відміни (що є базовою характеристикою, яка визначає тяжкість АЗ) виявився на рівні 0,733 ( $p < 0,01$ ).

#### **Висновки**

Серед хворих з розладами, пов'язаними зі вживанням алкоголю, – представників різних контингентів, у тому числі й із наявністю психотравматичного досвіду «за умовчанням» (комбатанти та/або переселенці), незважаючи на пережиті травматичні події, існує значна кількість осіб з низькою або незначною вираженістю патологічного посттравматичного стресу.

Отже, можна вважати доведеним факт, що сила патологічного впливу травматичної події зумовлена вираженістю стресового реагування на неї, що асоційовано з вираженістю випробуваного психосоціального стресу та проявів алкогольної залежності.

Вираженість впливу психотравматичного досвіду прямо корелює з вираженістю розладів, пов'язаних зі зловживанням алкоголю, як за оцінкою небезпечності наслідків його вживання, так і за якісними клінічними характеристиками алкогольної залежності.

#### **Перспективність дослідження**

Виявлені закономірності необхідно враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних заходів для даного контингенту пацієнтів.

#### **Список літератури**

1. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / L. Degenhardt, F. Charlson, Al. Ferrari [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2018. – Vol. 5, issue 12. – P. 987–1012. – pii : S2215-0366(18)30337-7. – DOI : 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
2. Alcohol: Key facts. – Retrieved from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
3. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / М. М. Денисенко, Р. В. Лакинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // *Український вісник психоневрології*. – 2017. – Т. 25, вип. 2 (91). – С. 40–44.
4. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, І. О. Явдак, Л. В. Малюга // *Український вісник психоневрології*. – 2018. – Т. 26, вип. 2 (95). – С. 68–71.
5. Markova M. V. Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences / M. V. Markova, K. D. Gaponov // *WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03 – 01.04.2016. Book of Abstracts*. – Munich : Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, 2016. – P. 30–31.

6. Маркова М. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія. – 2015. – № 1 (37). – С. 8–13.
7. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти / К. Д. Гапонов // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 54–60.
8. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу / К. Д. Гапонов // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 104–109.
9. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test / [Th. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro]. – WHO, 2001. – 28 p.
10. Stockwell T. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples / T. Stockwell, T. Sithavan, D. McGrath // *Addiction*. – 1994. – Vol. 89. – P. 167–174.
11. Інформаційний лист МОЗ України № 249–2018. Спосіб діагностики клінічної специфіки і прогнозу перебігу алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу / К. Д. Гапонов, І. К. Сосін, О. Ю. Гончарова, М. В. Маркова. – К., 2018. – 4 с.
12. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) : Карманное руководство к МКБ-10 / [сост. Дж. Э. Купер ; под ред. Дж. Э. Купера ; пер. с англ. Д. Полтавца]. – К. : Сфера, 2000. – 416 с.
13. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

#### References

1. Degenhardt L., Charlson F., Ferrari A.I., Santomauro D., Erskine H., Mantilla-Herrera A. et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, vol. 5, issue 12, pp. 987–1012, pii: S2215-0366(18)30337-7, DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
2. Alcohol: Key facts. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
3. Denysenko M.M., Lakynskyi R.V., Shestopalova L.F., Linskyi I.V. (2017). Osnovni klinichni varianty poststresovykh rozladiv u kombatantiv [Basic clinical options for post-stress disorders in combatants]. *Ukrainskyi visnyk psyhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 25, issue 2 (91), pp. 40–44 [in Ukrainian].
4. Maruta N.O., Kalenska H.Iu., Yavdak I.O., Maliuta L.V. (2018). Rozlady psyhichnoho zdorovia u vnutrishno peremishchenykh osib [Mental health disorders in internally displaced persons]. *Ukrainskyi visnyk psyhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 26, issue 2 (95), pp. 68–71 [in Ukrainian].
5. Markova M.V., Gaponov K.D. (2006). Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences. *WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016 (29.03–01.04.2016). Book of Abstracts*. (pp. 30–31). Munich: Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics.
6. Markova M.V., Kozyra P.V. (2015). Poststresovi dezadaptivni stany na tli sotsialnykh zmin: analiz problemy [Post-stress maladaptation in the face of social change: An analysis of the problem]. *Medychna psyhologhiia – Medical Psychology*, № 1 (37), pp. 8–13 [in Ukrainian].
7. Haponov K.D. (2016). Alkoholna zalezhnist v umovakh sotsialnoho stresu: epidemiohichni, klinichni i likuvalni aspekty [Alcohol dependence in conditions of social stress: epidemiological, clinical and therapeutic aspects]. *Ukrainskyi visnyk psyhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 24, issue 4 (89), pp. 54–60 [in Ukrainian].
8. Haponov K.D. (2018). Alkoholna zalezhnist i sotsialnyi stres: biokhimichni, neurofiziolohichni i psyhosotsialni mekhanizmy vzaiemovplyvu [Alcohol dependence and social stress: biochemical, neurophysiological and psychosocial mechanisms of interaction]. *Ukrainskyi visnyk psyhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, vol. 26, issue 1 (94), pp. 104–109 [in Ukrainian].
9. Babor Th.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test*. WHO, 28 p.

10. Stockwell T., Sithavan T., McGrath D. (1994). The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction*, vol. 89, pp. 167–174.
11. Haponov K.D., Sosin I.K., Honcharova O.Iu., Markova M.V. (2018). Informatsiyni lyst MOZ Ukrainy № 249–2018. Sposib diahnostryky klinichnoi spetsyfyky i prohnozu perebihu alkoholnoi zalezhnosti u osib z riznym psykhotravmatychnym dosvidom i rivnem psykhosotsialnoho stresu [Ministry of Health of Ukraine information sheet № 249–2018. Method for diagnosis of clinical specificity and prognosis of alcohol dependence in persons with different psychotraumatic experience and level of psychosocial stress]. 4 p. [in Ukrainian].
12. Kuper Dzh.E. (Compiled, eds.). Poltavets D. (Translation from English). (2000). Klassifikatsiia psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv (s hlossariem i issledovatelskimi diahnosticheskimi kriteriiami): Karmannoie rukovodstvo k MKB-10 [Classification of Mental and Behavioral Disorders (with a glossary and research diagnostic criteria): Pocket Guide to ICD-10]. Kiev: Sfera, 416 p. [in Russian].
13. Tarabrina N.V. (2001). Praktikum po psikhologii posttravmaticheskoho stressa [Workshop on the Psychology of Post-Traumatic Stress]. St. Petersburg: Piter, 272 p. [in Russian].

**К.Д. Гапонов**

**АНАЛИЗ СВОЕОБРАЗИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА**

Проанализировано своеобразие клинической вариативности проявлений алкогольной зависимости и постстрессовых расстройств у лиц с различной выраженностью психосоциального стресса. Для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетом отягчающего действия стресса на формирование и течение алкогольной зависимости обследовано 312 мужчин: 107 комбатантов, 89 вынужденно перемещенных лиц и 116 гражданских жителей г. Харькова и Харьковской области. Проанализированы корреляционные связи между выраженностью симптоматики постстрессовых расстройств и алкогольной зависимости (по данным AUDIT-теста и шкалы SADQ-C). Установлена тесная прямая корреляция: коэффициент ранговой корреляции для суммарного интегрального показателя выраженности влияния травматического события и выраженности алкогольной зависимости – 0,797 ( $p < 0,01$ ), а связь между выраженностью патологического стрессового реагирования на психотравматический опыт и выраженностью состояния отмены (что является базовой характеристикой, определяющей тяжесть алкогольной зависимости) – на уровне 0,733 ( $p < 0,01$ ). Выраженность влияния психотравматического опыта прямо коррелирует с выраженностью расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголя, как по оценке опасности последствий его употребления, так и по качественным клиническим характеристикам алкогольной зависимости. Сила патологического влияния травматического события обусловлена выраженностью стрессового реагирования на нее, что ассоциировано с выраженностью испытываемого психосоциального стресса и проявлений алкогольной зависимости.

**Ключевые слова:** *алкогольная зависимость, психосоциальный стресс, влияние психотравматического опыта, постстрессовые расстройства.*

**К.Д. Гапонов**

**ANALYSIS OF ORIGINALITY OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF ALCOHOL DEPENDENCE AND POST-STRESS DISORDERS IN PATIENTS WITH DIFFERENT PSYCHOSOCIAL STRESS LEVELS**

The originality of the clinical variability of manifestations of alcohol dependence and post-stress disorders were analyzed in patients with varying severity of psychosocial stress. For understand of the ways of modifying existing therapeutic and rehabilitation strategies taking into account the aggravating effect of stress on the formation and the course of alcohol dependence 312 men suffering from alcohol dependence were examined: 107 combatants, 89 forcibly displaced persons and 116 residents of the city of Kharkiv and Kharkiv region. The correlation between the severity of the symptoms of post-stress disorder and alcohol dependence (according to the data obtained from the AUDIT test and the SADQ scale) are analyzed. Close direct correlation is established: the coefficient of rank correlation for the total integral index of the severity of the traumatic event and the severity of alcohol dependence was 0.797 ( $p < 0.01$ ), and the correlation between the severity of the pathological stress response to psychotraumatic experience and



the severity of the withdrawal state (which is the basic characteristic that determines the severity of alcohol dependence) – 0.733 ( $p < 0.01$ ). The expressiveness of the influence of the psychotraumatic experience directly correlates with the severity of the disorders associated with alcohol abuse, both in assessing the danger of the consequences of its consumption, and on the qualitative clinical characteristics of alcohol dependence. The force of the pathological effect of the traumatic event is due to the expressiveness of the stress response to it, which is associated with the severity of the tested psychosocial stress and manifestations of alcohol dependence.

**Keywords:** *alcohol dependence, psychosocial stress, influence of psychotraumatic experience, post-stress disorders.*

*Надійшла 16.08.18*

### **Відомості про автора**

*Гапонов Костянтин Дмитрович* – кандидат медичних наук, головний лікар КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків), доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Адреса: 61045, м. Харків, вул. Очаківська, 15, КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер»; 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України.

Тел.: +38(050)669-29-66.

E-mail: kostiantyn1807@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>.