

## НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.3:616-092:616-08

К.Д. Гапонов

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ІНДИКАТОРИ ВИРАЖЕНОСТІ ШКІДЛИВИХ НАСЛІДКІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В СВІТЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ ЇЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ**

Харківський обласний наркологічний диспансер

**Ключові слова:** алкогольна залежність, клінічні особливості, соціальні наслідки

Станом на сьогоднішній день вживання психоактивних речовин (ПАР) є одним з найпотужніших факторів погіршення стану психічного здоров'я: гострі та хронічні розлади внаслідок вживання ПАР міцно займають перші два місця у рейтингу захворюваності на психічні і поведінкові розлади в Україні [13]. В структурі загальної захворюваності на психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР, пріоритет належить алкогольній залежності (АЗ), епідемічна поширеність, популяційна масштабність і вітальний характер якої становлять реальну загрозу здоров'ю нації і дозволяють віднести рішення проблеми мінімізації рівня захворюваності на АЗ в ряд основних, які мають медичне і соціальне значення [4;18 – 20].

Між тим, аналізуючи дані літератури, доводиться констатувати, що, незважаючи на великий арсенал засобів і методів, які має в своєму розпорядженні наркологія, ефективність лікування АЗ продовжує залишатися недостатньою [1; 2;5 – 7;10 – 12;14].

Сучасний стан комплексного лікування залежності від алкоголю характеризується індивідуальним підходом, комплексністю та спрямованістю [8;9]. В цілому спостерігається перехід від симптомологічних та нозоцентризованих до особистісно-орієнтованих впливів. На перший план виходить не тільки поліпшення якості ремісії, а й профілактика рецидиву захворювання, підвищення якості життя та соціального функціонування хворих [21;23;24].

Проте, на сьогодні, в реальній наркологічній практиці, на жаль, відсутня єдність поглядів на облігатність застосування терапевтичних підходів, які мають реальну доказову базу їх ефективності, що робить можливим використання невиправданих з точки зору доказової медицини методів лікування, яке у таких випадках зводиться до так званої «плацебо-терапії» [15]. Крім того, недостатня ефективність лікування АЗ обумовлюється також її патоморфозом, існування якого констатується нині провідними дослідниками [17].

Вищезазначене обумовлює актуальність та необхідність проведення роботи, спрямованої на вирішення актуальної наукової задачі оптимізації комплексного лікування осіб з АЗ, з урахуванням її сучасного клінічного аранжування та з огляду на дані доведеної ефективності певних заходів лікувально-реабілітаційного

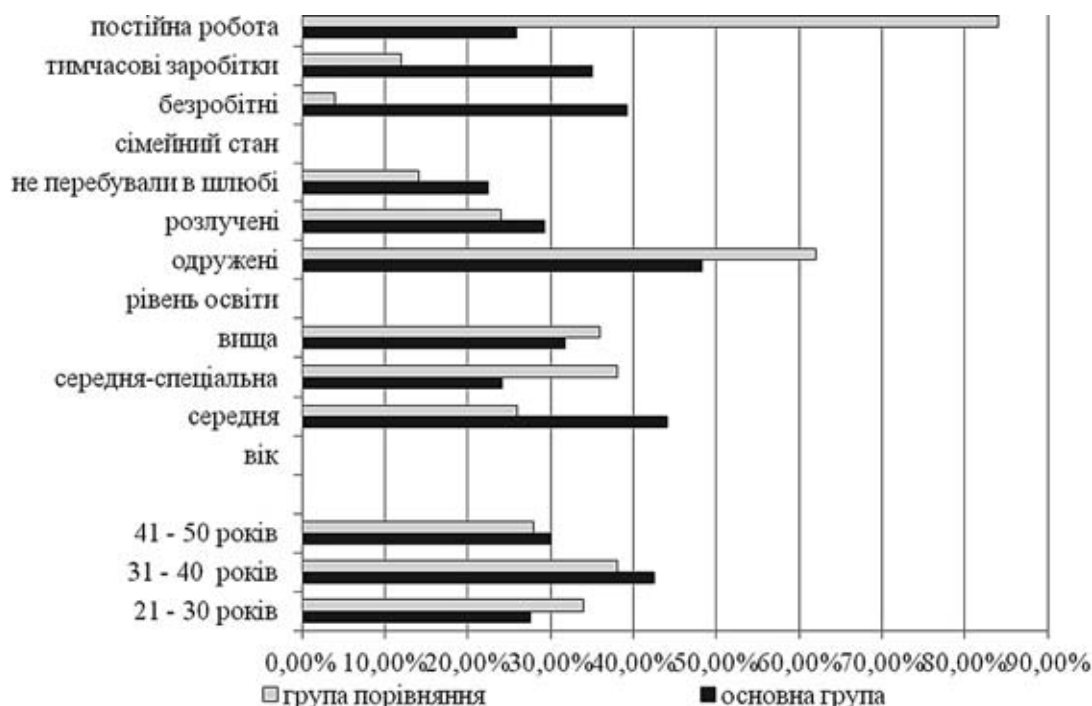
супроводу цієї категорії пацієнтів.

Таким чином, для встановлення особливостей клінічного аранжування перебігу АЗ в умовах її сучасного патоморфозу, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру було проведено обстеження 120 чоловіків, хворих на АЗ, з діагнозом F10.24 – вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність (основна група). Групу порівняння склали 50 практично здорових чоловіків.

Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: наявність активної залежності від алкоголю на момент звернення по спеціалізовану наркологічну допомогу (у відповідності до критеріїв МКХ–10) та згода на участь у розроблених заходах лікувально-реабілітаційного супроводу протягом не менш року після виписки зі стаціонару. Критеріями невключення були наявність супутніх психічних та тяжких хронічних соматичних захворювань, а також залежності від інших ПАР.

Клініко-психопатологічну оцінку АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу, що був доповнений використанням, окрім клінічного структурованого інтерв'ю згідно діагностичних критеріїв МКХ–10, психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT [22] – для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням алкоголю та визначення ступеню небезпечності його вживання, шкали SADQ-C (адаптовану для роботи з вітчизняним контингентом пацієнтів [21]) – для оцінки вираженості проявів АЗ [26], та опитувальника «Мотиви вживання алкоголю», розробленого В. Ю. Зав'яловим [3]. Застосування даного методичного інструментарію дало можливість адекватно описати весь діапазон тяжкості розладів, які виникали внаслідок уживання алкоголю в обстежених хворих та надати характеристику: а) стилю уживання алкоголю й пов'язаній із цим небезпеці для здоров'я; б) виявити та діагностувати АЗ; в) встановити мотиви та наслідки уживання алкоголю.

Розподіл обстежених за базовими соціально-демографічними показниками представлений на малюнку 1.



**Мал. 1. Розподіл обстежених за основними соціально-демографічними характеристиками**

З малюнку 1 видно, що за віковими характеристиками особи основної та порівняльної груп були близькі між собою, між тим як за сімейним та, особливо, професійним станом відмічені відмінності: серед осіб основної групи було менше одружених (48,3% vs 62%) й значно більше безробітних (39,2% vs 4%) та тих, хто мав тимчасові ситуаційні заробітки (35% vs 12%), на відміну від обстежених групи порівняння, серед яких постійну роботу мали 84% (серед пацієнтів основної групи – тільки 25,8%). Також виявлено, що серед хворих основної групи більшою була частка осіб з середньої освітою (44,1% vs 26%), проте, кількість чоловіків з вищою освітою була приблизно схожою (31,7% vs 36%).

За результатами дослідження за тестом AUDIT (табл. 1), серед пацієнтів основної групи відносно безпечно вживання алкоголю (1 рівень – 0–7 балів), ризиковане – 2 рівень (8–15 балів) вживання алкоголю не виявлено. Небезпечно вживання алкоголю (3 рівень – 16–19 балів) було встановлено у 29,2% чоловіків, в них виявлено 2 або більше балів у відповідях на запитання 4, 5 і 6, або 4 бали у відповідях на запитання 9 або 10. Усім іншим особам (70,8%) була притаманна висока ймовірність алкогольної залежності (4 рівень – 20 балів і більше). Таким чином, за тестом AUDIT в цілому серед пацієнтів основної групи переважали особи із постійним стилем вживання алкоголю, якій у подальшому за МКХ–10 класифікувався як синдром залежності від алкоголю. Середній бал у хворих основної групи склав 4,0, що свідчило про наявність серйозних алкогольних проблем. У групі порівняння середній бал дорівнював 0,2 бала,

що свідчило про відсутність негативних наслідків, пов'язаних із вживанням алкоголю. Стиль зловживання алкоголю пацієнтами основної групи із високим ступенем достовірності корелював із питаннями наявності небезпеки для фізичного та психічного здоров'я ( $p \leq 0,001$ ).

У клінічній картині алкогольних розладів у хворих основної групи зловживання алкоголю носило постійний характер із втратою ситуаційного контролю, палімпсестами, а у пізньому періоді – амнестичними формами сп'яніння. Розподіл симптомів психічних і поведінкових розладів внаслідок зловживання алкоголем за частотою зустрічаємості (перелік Модуля F1: Синдроми зловживання ПАР, де діагноз кодувався як синдром залежності від алкоголю F 10.24) відображено у таблиці 2.

З даних таблиці 2 видно, що у хворих основної групи мали місце усі симптоми, регламентовані МКХ-10, що свідчило, з одного боку, про «класичний» розвиток, а з іншого – про різну вираженість АЗ у обстежених. Треба зазначити, що за кореляційним аналізом встановлена висока тіснота зв'язку між тяжкістю перебігу АЗ та «незначущістю» для пацієнта таких симптомів ( $p < 0,01$ ), як: сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»), порушеною здатністю контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»), стан абстиненції, наявність психологічної та/або соматичної шкоди. Медико-соціальними наслідками зловживання алкоголем були зневажання професійними та сімейними обов'язками, похмільний синдром, палімпсести, фізичні травми ( $p \leq 0,001$ ).

Таблиця 1

## Результати дослідження пацієнтів за тестом AUDIT

Запитання	Основна група, бал					Група порівняння, бал				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Як часто Ви вживаєте алкоголь?	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-
У якій кількості Ви звичайно вживаєте алкогольні напої, коли випиваєте (за одну добу)	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-
Як часто Ви випиваєте 6 та > СДА за добу?	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
Як часто за останній рік Ви виявляли, що, почавши пити алкоголь, не можете зупинитися (випиваєте більше, ніж планували або п'єте довше, ніж планували)	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
Як часто за останній рік через надмірне вживання алкоголю Ви не змогли зробити те, що робите звичайно (зневажали навчанням, роботою, домашніми справами)?	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
Як часто за останній рік Вам було необхідно похмелитися ранком, щоб отямитися після того, як Ви багато випили напередодні?	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
За останній рік Ви випробовували почуття провини або каяття совісті після випивки?	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
За останній рік Ви не могли згадати, що було напередодні ввечері, тому що Ви були п'яні?	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
Чи не стало надмірне вживання Вами алкогольних напоїв причиною отриманих Вами або кимось іншим травм?	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
Родичі, друг, лікар виказувалися із приводу Вашого пияцтва або пропонували Вам зменшити кількість уживаного алкоголю?	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-

**Примітки:** 1) Ніколи – 0 балів; 1 раз на міс. та рідше – 1 бал; 2–4 разів на міс. – 2 бала;

2–3 разів у тиж. – 3 бала; 4 й більше разів у тиж. – 4 бала.

2) „+” та „-” – зведений показник по групі наявності / відсутності ступеню пагубних наслідків.

3) Достовірність розбіжностей між показниками у групах  $p \leq 0,001$ .

Таблиця 2

## Частота зустрічаємості симптомів психічних і поведінкових розладів внаслідок зловживання алкоголю у обстежених основної групи

Симптоми	%±m
сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)	100,0
порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)	99,2±0,9
толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна)	98,3±1,3
психологічна або соматична шкода	100,0
уживання алкоголю з метою зм'якшення або запобігання симптомів абстиненції	70,8±4,5
стан абстиненції	70,8±4,5
звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються	70,8±4,5
прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм поведінки або інтересів	33,3±4,7
постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків	33,3±4,7

Таблиця 3

## Особливості перебігу АЗ у обстежених з різним стажем алкогольної хвороби, %±m

Показник		Стаж АЗ		
		1 – 3 роки	4 – 5 років	6 – 9 років
Середній вік систематичного вживання алкоголю	До 15	3,3±1,8	7,5±2,6	5,8±2,3
	16 – 19	14,2±3,5	21,7±4,1	18,3±3,9
	20 – 25	9,2±2,9	8,3±2,8	9,2±2,9
	26 – 30	2,5±1,6	-	-
Середній вік дебюту АЗ	< 20	2,5±1,6	-	-
	20 – 25	15,8±3,7	10,8±3,1	2,5±1,6
	26 – 30	9,2±2,9	15,0±3,6	5,8±2,3
	31 – 35	1,7±1,3	7,5±2,6	10,0±3,0
	36 – 40	-	4,2±2,0	10,8±3,1
	> 40	-	-	4,2±2,0
Кількість попередніх госпіталізацій	немає	24,2±4,3	2,5±1,6	-
	1	4,2±2,0	5,0±2,2	-
	2	0,8±0,9	9,2±2,9	4,2±2,0
	3	-	10,8±3,1	7,5±2,6
	4	-	8,3±2,8	11,7±3,2
	5 та більше	-	1,7±1,3	14,2±3,5
Форма вживання алкоголю	Переважання односторонніх ексцесів	14,2±3,5	1,7±1,3	-
	Псевдозапої	9,2±2,9	16,7±3,7	-
	Постійне вживання на тлі високої толерантності	5,8±2,3	19,2±3,9	-
	Постійне вживання на тлі низької толерантності	-	-	25,8±4,4
	Істинні запої	-	-	7,5±2,6
Переважаючий компонент в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	Ідеаторний (ситуаційно обумовлений)	18,3±3,9	-	-
	Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів)	10,8±3,1	3,3±1,8	-
	Спонтанний неусвідомлюваний (без боротьби мотивів)	-	33,3±4,7	5,8±2,3
	Спонтанний, компульсивний	-	0,8±0,9	27,5±4,5
Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	Часткова втрата кількісного контролю	15,8±3,7	-	-
	Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози)	13,3±3,4	9,2±2,9	2,5±1,6
	Втрата ситуаційного контролю	-	28,3±4,5	30,8±4,6
Динаміка клінічних проявів сп'яніння	Без зміни	29,2±4,5	39,2±4,9	-
	Істерична, дисфорична, експлозивна форми	-	3,3±1,8	10,8±3,1
	Депресивна із тривожним афектом	-	2,5±1,6	10,0±3,0
	Агресивна форма із руховим збудженням	-	0,8±0,9	12,5±3,3
Супутні захворювання	Відсутні	15,8±3,7	-	-
	Серцево-судинної системи	2,5±1,6	5,8±2,3	17,5±3,7
	Травної системи	1,7±1,3	10,8±3,1	21,7±4,1
	Дихальної системи	2,5±1,6	4,2±2,0	7,5±2,6
	Центральної нервової системи (включаючи ЧМТ в анамнезі)	-	6,7±2,5	11,7±3,2
	інші	6,7±2,5	10,0±3,0	10,0±3,0
Стан відміни	Наявність	-	37,5±4,8	33,3±4,7
	Відсутність	29,2±4,5	-	-
Патологічний потяг в структурі стану відміни	Ситуаційно-епізодичний	-	1,7±1,3	-
	Обсесивно-систематичний	-	34,2±4,7	0,8±0,9
	Компульсивно-вітальний	-	1,7±1,3	32,5±4,7
Наявність алкогольної анозогнозії	Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	-	14,2±3,5	33,3±4,7
	Формальне не заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	-	23,3±4,2	-
	Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ	29,2±4,5	-	-

За стажем алкогольної хвороби пацієнти основної групи розділилися наступним чином: тривалість АЗ до 3-х років була притаманна 35 особам (29,24,5%), від 4 до 5 років – 45 пацієнтам (37,54,8%), від 6 до 8 років – 37 хворим (30,84,6%). Стаж зловживання алкоголем 9 років мав місце у 3 хворих (2,51,6%).

Здійснення порівняльного аналізу клінічного аранжування АЗ в залежності від стажу захворювання, на тлі загальної провідної риси – сильної або нездоланної потреби прийняття алкоголю та постанови вживання алкоголю на перше місце в ієрархії системи цінностей, дозволило встановити деякі особливості перебігу АЗ (табл. 3).

У пацієнтів з відносно невеликим стажем залежності від алкоголю (до 3-х років) в клініко-психопатологічній картині переважали ( $p < 0,01$ ): періодично виникаючий первинний потяг до алкоголю, що частіше провокувався зовнішніми факторами; сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь, що проявлялось вторинним потягом, який виникав після будь-якої дози спиртного з частковою втратою кількісного контролю; переважання односторонніх ексцесів або псевдозапоїв. Характерною рисою клінічної картини АЗ, притаманної даній категорії хворих, була відсутність клінічно окресленого синдрому відміни та усвідомлення шкідливих наслідків залежності від алкоголю.

У хворих з тривалістю зловживання алкоголю до 5 років первинний потяг до алкоголю виникав незалежно від провокуючої дії зовнішніх чинників та носив характер внутрішньої потреби; мало місце порушення здатності контролю та звуження репертуару вживання алкоголю, втрата значення таких чинників, як місце, час та оточення при його вживанні; мали місце переважання псевдозапоїв або постійного вживання на тлі високої толерантності; прояви соматичної шкоди; уживання алкоголю з метою зм'якшення або запобігання симптомів абстиненції та наявність синдрому відміни з obsесивно-систематичним патологічним потягом в його структурі; переважна кількість пацієнтів частково признавала та формально не заперечувала наявність в них шкідливих наслідків зловживання алкоголем ( $p < 0,01$ ).

При тривалості АЗ від 6 років спостерігались постійне вживання алкоголю на тлі низької толерантності або істинні запої; спонтанний компульсивний первинний патологічний потяг до алкоголю та повна втрата ситуаційного контролю в стані сп'яніння зі зміною його форми: раніше невластива агресія в сполученні з руховою активністю у стані сп'яніння виявилась притаманною 15 (37,54,8%) хворим; психопатоподібна поведінка проявлялася вибуховістю, експлозивністю, схильністю до невмотивованої агресії, асоціальним учинкам. Зміна форми сп'яніння із рисами поліморфної симптоматики дисфорично-експлозивного компоненту спостерігалася у 13 (32,54,7%) хворих. Зміна форми сп'яніння з депресивним й тривожним компонентом спостерігалася у 12 (30,04,6%) хворих: пацієнти проявляли раніше не

властиві їм риси непевності в собі, емоційної лабільності, недовірливості, піддатливості чужому впливу. Також серед даної категорії обстежених спостерігались виражений синдром відміни з компульсивно-вітальним патологічним потягом в його структурі; прогресуюча втрата альтернативних інтересів на користь вживання алкоголю та відведення більш тривалого часу на його придбання та вживання; алкогольна анозогнозія та продовження вживання алкоголю, незважаючи на наявність його очевидних шкідливих соматичних, психічних (афективних та когнітивних) наслідків: сполучення афективного сплюснення й байдужості до навколишнього середовища та виражені сомато-вегетативні прояви (ураження печінки, біль і неприємні відчуття в області серця, серцебиття, порушення сну, тремор пальців рук, підвищена пітливість, головний біль, гіперемію або блідість обличчя, шії, пригнічення настрою),  $p < 0,01$ . Також виявлено вплив стажу АЗ на прогресування незадовільних стосунків у родині, погіршення житло-побутових умов, збіднення кола соціальних контактів та ступінь професійної дезадаптації: встановлено зв'язок між наявністю алкогольної анозогнозії та деструктивного професійного дрейфу з тенденцією до рентного способу життя й усвідомленого безробіття ( $p < 0,01$ ).

Оцінка вираженості проявів АЗ за шкалою SADQ-C з симптоматичним подовим аналізом синдрому відміни також виявила різницю в залежності від стажу алкоголізації обстежених, насамперед, між особами з тривалістю АЗ до 5 та більше 6 років (табл. 4).

Згідно даних табл. 4, прояви тяжкості АЗ, насамперед, симптоматика першої доби стану відміни, достовірно відрізнялася в залежності від стажу хвороби: у пацієнтів з тривалістю АЗ більше 6 років, звісно, усі симптоми були більш тяжкими, зокрема, гіпергідроз, тремор рук та бажання похмелитися різного ступеню вираженості протягом першої та другої-третьої доби стану відміни, порівняно з симптоматикою, притаманною особам з меншим стажем АЗ. Для пацієнтів зі стажем АЗ до 5 років найбільш вираженими виявились симптоми гіпергідрозу, тремору, а також бажання похмелитися в першу добу стану відміни. У осіб з тривалістю АЗ до 3-х років зустрічались поодинокі афективні симптоми та прояви толерантності.

За загальним показником шкали SADQ-C, вираженість АЗ в цілому та синдрому відміни, зокрема, була достовірно ( $p \leq 0,01$ ) нижча у осіб зі стажем АЗ до 5 років ( $46,64 \pm 1,07$  балів), порівняно з хворими на АЗ тривалістю більше 6 років ( $56,49 \pm 1,83$  бали). У пацієнтів з давністю захворювання до 3-х років синдром відміни не мав клінічної вираженості, ці особи характеризувались наявністю помірних проявів фізичної залежності від алкоголю (середній показник  $14,18 \pm 0,43$  бали).

Вивчення переважних мотивів вживання алкоголю, також довело наявність відмінностей в залежності від стажу АЗ ( $p < 0,01$ ), що збігається з даними інших авторів [16]. Так, виявлено, що у пацієнтів на ранніх етапах

Таблиця 4

Результати вивчення вираженості проявів АЗ у обстежених основної групи (за шкалою SADQ-C)

№ пп	Прояви тяжкості АЗ за шкалою SADQ-C	Тривалість АЗ		
		до 3-х років	до 5-ти років	більше 6 років
<b>Прояви першої доби синдрому відміни, М±m</b>				
1	Гіпергідроз деякий*	1,37±0,09	2,43±0,11	3,46±0,12
2	Тремор рук*	0,38±0,10	2,54±0,10	3,37±0,13
3	Тремор тіла*	0,12±0,09	1,99±0,13	2,89±0,17
4	Гіпергідроз сильний*	0,11±0,09	1,82±0,12	2,49±0,18
5	Страх*	1,27±0,08	2,09±0,14	2,66±0,16
6	Боязнь зустрічей з людьми*	1,49±0,09	2,12±0,13	2,63±0,17
7	Грань відчаю*	1,16±0,07	1,26±0,15	1,89±0,17
8	Переляк*	1,38±0,07	1,44±0,09	1,81±0,15
9	Бажання похмелитися*	0,74±0,11	2,76±0,16	3,38±0,17
10	Бажання похмелитися сильне*	0,16±0,07	2,22±0,11	2,77±0,23
11	Потреба випити для зняття тремору*	0,11±0,08	2,03±0,14	2,27±0,18
12	Бажання похмелитися дуже сильне*	0,09±0,02	3,00±0,10	3,37±0,15
<b>Добова толерантність, М±m</b>				
13	Толерантність більше 250 мл горілки*	2,89±0,11	3,01±0,12	3,89±0,11
14	Толерантність більше 500 мл горілки*	1,16±0,12	3,49±0,08	3,18±0,17
15	Толерантність більше 1 л горілки	0,83±0,09	1,38±0,11	1,69±0,16
16	Толерантність більше 2 л горілки	0,47±0,03	1,03±0,04	1,07±0,06
<b>Прояви другої-третьої доби синдрому відміни, М±m</b>				
17	Слиновиділення	0,13±0,11	2,78±0,12	3,08±0,16
18	Тремор рук	0,10±0,09	3,45±0,09	3,59±0,15
19	Тремор тіла	0,09±0,07	2,57±0,11	3,32±0,16
20	Бажання похмелитися дуже сильне*	0,13±0,09	3,23±0,09	3,68±0,13

**Примітка:** \* достовірність розбіжностей між показниками у групах  $p \leq 0,01$ .

зловживання алкоголем головна роль була властива соціально-психологічним мотивам із подальшою їх зміною на особистісно-значущі, які згодом, по мірі прогресування АЗ, надалі трансформувалися в патологічні, що було ознакою прогресивності захворювання (табл. 5).

Пацієнти зі стажем АЗ до 3-х років були піддані соціально обумовленим, культурально-розповсюдженим впливам. Вони були переконані у власній можливості контролювати вживання спиртного, були залежні від думки та впливу референтної групи щодо зловживання алкоголем. Псевдокультурний тип мотивів у таких пацієнтів почасти свідчив про бажання особи пристосувати свій особистий досвід до «алкогольних цінностей» соціального мікросередовища, у якому він функціонує.

У пацієнтів з тривалістю АЗ до 5-ти років гедоністичні мотиви відбивали бажання одержання фізич-

ного й психологічного задоволення від дії алкоголю, отримання «психосоматичного комфорту»; атактичні мотиви, пов'язані з бажанням нівелювати за допомогою алкоголю негативні емоційні переживання (напругу, тривогу, страх і т. ін.); при мотивах гіперактивної поведінки (стимулюючо-розгальмовуючий ефект) і насичення стимулами при відносній «сенсорній депривації», вживання алкоголю спрямовувалося на зменшення стану нудьги, психологічної «порожнечі», незайнятості, бездіяльності, або «для сміливості». В цілому, пацієнти були невдоволені власним характером і становищем у житті, вважали себе «жертвами долі», несправедливо обділеними, які заслуговують більшого.

Пацієнтам з давністю захворювання більше 6 років були властиві патологічні мотиви із клінічно-хворобливим потягом до алкоголю (абстинентні – із пра-

Таблиця 5

Структура переважних мотивів вживання алкоголю у обстежених осіб, %±m

Мотиви вживання алкоголю	Групи обстежених			
	Основна, n=120			Порівняння, n=50
	стаж АЗ до 3-х років, n=35	стаж АЗ до 5-ти років, n=45	стаж АЗ > 6 років, n=40	
<i>Соціально-психологічні</i>				
традиційні*	16,7±3,7	-	-	100,0
субмисивні	7,5±2,6	-	-	-
псевдокультурні	5,0±2,2	-	-	-
<i>Особистісно-значущі</i>				
гедоністичні	-	13,3±3,4	-	-
атарактичні	-	12,5±3,3	-	-
гіперактивності поведінки	-	11,7±3,2	-	-
<i>Патологічні</i>				
абстинентні	-	-	24,2±4,3	-
адиктивні	-	-	6,7±2,5	-
самоушкодження	-	-	2,5±1,6	-

**Примітка:** \* достовірність розбіжностей між показниками у групах  $p \leq 0,01$ .

гненням зменшити явища абстиненції та психофізіологічного дискомфорту, поліпшити самопочуття; адиктивні – із «спрагою» до сп'яніння; самоушкодження – із відчуттям «вживання на зло собі й іншим», як протестна поведінка щодо втрати майбутнього та змісту тверезого поводження). Пацієнти не бачили зв'язку між власними діями й значущими подіями свого

життя, мали високу мотивацію у пошуку алкоголю, виражену алкогольну анозогнозію, маніпуляційну поведінку у родинних взаємовідносинах.

Аналіз стану соціально-демографічних показників обстежених пацієнтів з точки зору стажу АЗ, довело наявність достовірних відмінностей в залежності від тривалості алкогольної хвороби,  $p < 0,01$  (табл. 6).

Таблиця 6

Розподіл базових соціально-демографічних показників в залежності від стажу АЗ, %±m

Показник		Основна група, n=120		
		стаж АЗ до 3-х років, n=35	стаж АЗ 4 – 5 років, n=45	стаж АЗ > 6 років, n=40
вік	20 – 30 років	27,5±4,5	-	-
	31 – 40 років	1,7±1,3	37,5±4,8	3,3±1,8
	41 – 50 років	-	-	30,0±4,6
освіта	середня	13,3±3,4	9,2±2,9	16,7±3,7
	середня спеціальна	8,3±2,8	15,0±3,6	9,2±2,9
	вища	7,5±2,6	13,3±3,4	7,5±2,6
сімейний стан	одружені	9,2±2,9	20,8±4,1	15,0±3,6
	розлучені	5,0±2,2	9,2±2,9	18,3±3,9
	ніколи не перебували в шлюбі	14,2±3,5	7,5±2,6	0,8±0,9
професійний статус	безробітні	-	5,8±2,3	33,3±4,7
	тимчасові заробітки	5,0±2,2	30,0±4,6	-
	постійна робота	24,2±4,3	1,7±1,3	-

Так, серед хворих зі стажем АЗ до 3-х років переважали особи до 30 років, з середньою або середньою спеціальною освітою, неодружені, які мали постійну роботу. Серед пацієнтів з АЗ тривалістю до 5-ти років питому вагу становили особи віком до 40 років, з середньою спеціальною або вищою освітою, одружені, проте, з тимчасовим способом заробітку. Більшість хворих на АЗ зі стажем хвороби більше 6-ти років були у віці від 40 до 50 років, з середньою або середньою спеціальною освітою, але безробітні та розлучені.

Таким чином, аналіз та узагальнення отриманих даних дозволив виділити деякі показники – клінічні та соціальні ознаки, характерні для пацієнтів з різною тривалістю алкогольної хвороби, що мали достовірний вплив на її перебіг та впливали на вираженість шкідливих наслідків АЗ,  $p < 0,01$  (табл. 7).

Встановлена специфічність клініко-психопатологічних та соціальних особливостей АЗ, маркером якої є стаж хвороби, потребує обов'язкового визначення як критерій диференціації вибору змісту та об'єму заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих з АЗ в залежності від тяжкості шкідливих наслідків алкогольної хвороби.

При цьому, на наше переконання, при розробці заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ, окрім рутинного клініко-психопатологічного аналізу, обов'язковими є оцінка ступеню небезпеки та тяжкості її проявів за допомогою шкал AUDIT та SADQ-C, враховуючи наявність доказової бази щодо диференціації терапевтичних впливів в залежності від отриманих результатів [23, 25], ідентифікація переважних мотивів вживання алкоголю – із-за необхідності розуміння внутрішньо-психологічних причин АЗ, що лежать у «нефізіологічній» площині, а саме, напруженості мотивації та ступеню охоплення особистості вабленням до вживання алкоголю, а оцінка ступеню деструкції соціальних параметрів функціонування – як індикатору тяжкості мікро- та мезосоціальних наслідків хвороби.

#### Література:

1. Битенский В. С. Новые аверсивные методы терапии в наркологии / В. С. Битенский, К. В. Аймедов // *Український вісник психоневрології*. – 2002. – Т.10, вип.1 (30) (додаток). – С.249–250.
2. Животовська Л. В. Оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів у хворих із залежністю від алкоголю / Л. В. Животовська // *Психічне здоров'я*. – 2010. – Вип. 4 (29). – С. 7–9.
3. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. - Новосибирск: Наука, 1988. - 198 с.
4. Мінко О. І. Попередній аналіз результатів епідеміологічного обстеження організованої молоді стосовно вживання алкоголю та тютюну / О. І. Мінко, І. В. Лінський // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т.18, вип. 4 (65). – С. 91–97.
5. Минко А. И. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) / А. И. Минко // *Український вісник психоневрології*. – 2001. – Т.9, вип.4 (29). – С.6–7.
6. Михайлов Б. В. Теоретичні проблеми лікування та профілактики залежності від психоактивних речовин / Б. В. Михайлов, А. О.

Мартиненко, М. В. Маркова // *Архів психіатрії*. – 2000. – №3–4 (22–23). – С. 9–10.

7. Мішнев В.Д. Наркологія: актуальні питання / В.Д. Мішнев, І.К. Сосін, М.О. Овчаренко, О.А. Єршова – Львів : Медицина світу, 2010. – 280 с.

8. Москаленко В. Ф. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю / В. Ф. Москаленко, А. М. Вієвський, С. І. Табачников // *Архів психіатрії*. – 2000. – №3–4 (22–23). – С.5–8.

9. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

10. Павлов И.С. Интрапсихическая реабилитация в наркологии / И.С.Павлов // *Вопросы наркологии* – 2009. – №6. – С. 11–14.

11. Пішель В.Я. Допомога при психічних розладах та станах залежності / В. Я. Пішель, М. Ю. Ігнатов, М. Ю. Полив'яна. – К., 2004. – 83 с.

12. Приб Г.А. Психотерапевтичні методи в комплексному лікуванні хворих із психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин, коморбідними з психічною патологією іншого походження / Г.А. Приб // *Архів психіатрії*. – 2009. – Т. 15. – № 2 (57). – С. 62–67.

13. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990 – 2010 рр.). – Харків: видавець Строчков В. Д., 2011. – 144 с.

14. Пишук Н. Г. Интегративна психотерапія в комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність та її ефективність / Н. Г. Пишук, П. М. // *Таврический журнал психиатрии. Материали X науково-практичної конференції з міжнародною участю «Невідкладні стани в психіатрії та неврології»*, Євпаторія, 29 – 30 вересня 2011. – Vol. 15, № 3 (56). – С. 148 – 149.

15. Патологічний взаємозв'язок між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування алкогольної залежності / П. М. // *Український вісник психоневрології* – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 57 – 61.

16. – 92.

17. Сосин И. К. Наркология : монография / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. – Харьков : Коллегиум, 2005. – 800 с.

18. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.

19. Табачников С.И. Эпидемиологическая ситуация относительно употребления психоактивных веществ в Украине / С.И.Табачников, Д.С.Лебедев, Г.Б.Трофимчук, Ю.Ю.Мартынова // *Архів психіатрії*. – 2009. – Т.15. – №1(56). – С. 81–88.

20. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні : проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т.18, вип. 3 (64). – С. 10 – 14.

21. Шараневич І.О. Оцінка якості життя у осіб з алкогольною залежністю – показник ефективності терапії / І.О. Шараневич // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. – 2008. – №1 (13). – С. 82-86.

22. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test / Th. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro // *WHO/MSD/MSB/01.6a Original: English Distribution: General*. – 2001. – 28 p.

23. Marshall E. J. The treatment of drinking problems : a guide for helping professions, - 5th ed. / E. J. Marshall, K. Humphreys, D. M. Ball. – Cambridge University press, 2011. – 260 p.

24. Orford J. Asking the right question in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction / J. Orford // *Addiction*. – 2008. – v. 103. – P. 875 – 885.

25. Sitharthan Th. Development of a Controlled Drinking Self-Efficacy Scale and Appraising Its Relation to Alcohol Dependence / Th. Sitharthan, R.F.S. Job, D. J. Kavanagh // *Journal of Clinical Psychology*. – 2003. – Vol. 59(3). – P. 351–362.

26. 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.



Таблиця 7

Особливості клінічного аранжування та соціальної реалізації як індикатори вираженості шкідливих наслідків АЗ

Ступінь вираженості шкідливих наслідків АЗ	Специфічні ознаки – індикатори вираженості шкідливих наслідків АЗ
<b>Стаж АЗ</b>	
Мінімальні шкідливі наслідки	1 – 3 роки
Виражені шкідливі наслідки	4 – 5 років
Тяжкі шкідливі наслідки	більше 6 років
<b>Клінічні ознаки</b>	
Мінімальні шкідливі наслідки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• небезпечне вживання алкоголю за тестом AUDIT;</li> <li>• зовнішня провокація періодичного первинного потягу до алкоголю;</li> <li>• виникнення вторинного потягу після будь-якої дози спиртного з частковою втратою кількісного контролю;</li> <li>• переважання односторонніх ексцесів або псевдозапоїв;</li> <li>• відсутність клінічно окресленого синдрому відміни;</li> <li>• поодинокі афективні симптоми та прояви толерантності;</li> <li>• усвідомлення шкідливих наслідків залежності від алкоголю;</li> <li>• наявність помірних проявів фізичної залежності від алкоголю (середній показник за шкалою SADQ-C 14,18±0,43 бали);</li> <li>• переважання соціально-психологічних мотивів вживання алкоголю</li> </ul>
Виражені шкідливі наслідки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• висока ймовірність алкогольної залежності за тестом AUDIT;</li> <li>• трансформація первинного потягу у внутрішню потребу;</li> <li>• порушення здатності контролю та звуження репертуару і асортименту вживаного алкоголю;</li> <li>• психологічна та/або соматична шкода;</li> <li>• переважання псевдозапоїв або постійного вживання на тлі високої толерантності;</li> <li>• уживання алкоголю з метою зм'якшення або запобігання симптомів абстиненції та наявність синдрому відміни з obsesивно-систематичним патологічним потягом в його структурі;</li> <li>• симптоми гіпергідрозу, тремору, а також бажання похмелитися в першу добу стану відміни;</li> <li>• виражена АЗ (середній показник за шкалою SADQ-C 46,64±1,07 балів);</li> <li>• переважання особистісно-значущих мотивів вживання алкоголю</li> </ul>
Тяжкі шкідливі наслідки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• висока ймовірність алкогольної залежності за тестом AUDIT;</li> <li>• постійне вживання алкоголю на тлі низької толерантності або істинні запої;</li> <li>• спонтанний компульсивний первинний патологічний потяг до алкоголю та повна втрата ситуаційного контролю в стані сп'яніння;</li> <li>• зміна форми сп'яніння: агресивна з руховою активністю, дисфорично-експлозивна або депресивна з тривожним афектом;</li> <li>• виражений синдром відміни з компульсивно-вітальним патологічним потягом в його структурі;</li> <li>• прогресуюча втрата альтернативних інтересів на користь вживання алкоголю та відведення більш тривалого часу на його придбання та вживання;</li> <li>• алкогольна анозогнозія;</li> <li>• сполучення афективного сплюснення й байдужності до навколишнього середовища;</li> <li>• виражені сомато-вегетативні прояви;</li> <li>• продовження вживання алкоголю, незважаючи на очевидність його шкідливих наслідків;</li> <li>• значна вираженість гіпергідрозу, тремору рук та бажання похмелитися протягом першої та другої-третьої доби стану відміни;</li> <li>• виражена АЗ (середній показник за шкалою SADQ-C 56,49±1,83 балів);</li> <li>• переважання патологічних мотивів вживання алкоголю</li> </ul>
<b>Викривлення соціальної реалізації</b>	
Мінімальні шкідливі наслідки	відсутність професійного росту
Виражені шкідливі наслідки	зниження професійного рівню, професійна дезадаптація
Тяжкі шкідливі наслідки	професійна деградація, сімейна дезадаптація

**ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ АРАНЖИРОВКИ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАЛИЗАЦИИ  
КАК ИНДИКАТОРЫ ВЫРАЖЕННОСТИ ВРЕДНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ  
В СВЕТЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЕЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**К. Д. Гапонов**

В результате клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 120 мужчин, больных алкогольной зависимостью, определены клинические особенности и социальные характеристики, влияющие на степень выраженности вредных последствий алкогольной зависимости, что должно быть учтено при разработке мероприятий лечебно-реабилитационного сопровождения данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, клинические особенности, социальные последствия

**FEATURES OF MODERN CLINICAL ARRANGEMENTS AND SOCIAL REALIZATION AS INDICATORS SEVERITY HARMFUL  
EFFECTS OF ALCOHOL DEPENDENCE IN THE ASPECTS OF ITS OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT**

**K. D. Gaponov**

As a result of clinical-psycho-pathological and psychodiagnostic examination of 120 men with alcohol dependence the clinical features and social characteristics that affect the severity of harmful effects of alcohol dependence were defined. It should be considered when developing treatment and rehabilitation measures support this category of patients.

**Keywords:** alcohol dependence, clinical and social consequences