

СПЕЦИФІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, РІЗНИМ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ТА РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

Гапонов К. Д.

©Гапонов Костянтин Дмитрович (Україна) – к.мед.н., головний лікар КНПХОР «Обласний наркологічний диспансер», м. Харків; вул. Очаківська, 15, 61045; доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, 58вул. Амосова, 61176; e-mail:kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2835-1027>.

СПЕЦИФІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, РІЗНИМ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ТА РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

Анотація.

Для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжливої дії стресу на специфіку психопатологічних проявів у осіб, залежних від алкоголю, в ході роботи було проведено аналіз особливостей вираженості і клінічної варіативності психопатологічної симптоматики у осіб із різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу. Встановлено, що вираженість симптомів алкогольної залежності (АЗ) прямо корелює з виразністю проявів депресії, міжособистісної сенситивності, обсесивно-компульсивної і параноїдальної симптоматики, фобічної тривожності, психотизму і соматизації, що, в свою чергу, має тісний зв'язок з рівнем психосоціального стресу. У комбатантів достовірно збільшення виразності психопатологічної симптоматики зі зростанням рівню психосоціального стресу, і, відповідно, тяжкості АЗ, спостерігається за ознаками депресії й обсесивно-компульсивного реагування, соматизації, міжособистісної сенситивності та психотизму. Зменшення вираженості психопатологічних проявів при зростанні стресового навантаження зафіксовано за проявами ворожості. Ріст виразності параноїдальності відбувається у випадках легкого або тяжкого стресу, зі зменшенням при помірному рівні психосоціального стресу. У переселенців з АЗ встановлена достовірна тенденція збільшення виразності проявів депресії, міжособистісної сенситивності, параноїдальності і психотизму при збільшенні рівня випробованого стресу. Для місцевих мешканців з АЗ характерною є закономірність збільшення вираженості усіх досліджених психопатологічних проявів паралельно зі зростанням важкості психосоціального стресу. Серед осіб з АЗ з відповідним рівнем психосоціального стресу вираженість обсесивно-компульсивних симптомів, проявів міжособистісної сенситивності і фобічної тривожності є більшою у комбатантів і переселенців; ворожості і параноїдальності – у комбатантів; депресії – у переселенців. Отримані дані дозволяють стверджувати, що важливим фактором, що визначає особливості вираженості і різноманітності психопатологічної симптоматики у осіб з АЗ, є вираженість патологічного впливу психотравмуючого досвіду і рівень випробовуваного психосоціального стресу.

Ключові слова: алкогольна залежність, психосоціальний стрес, психопатологічна симптоматика.

СПЕЦИФІКА ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ, РІЗНИМ ПСИХОТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ТА РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

Summary

In order to understand the ways of modification of existing therapeutic and rehabilitation strategies taking into account the confounding stressaction on the specificity of psychopathological manifestations in persons with alcohol dependence, an analysis of

the peculiarities of the severity and clinical variability of psychopathological symptoms in persons with different psychotraumatic experiences and levels of psychosocial stress was conducted. It was established that the severity of the symptoms of alcohol dependence directly correlates with the expressiveness of manifestations of depression, interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive and paranoid symptoms, phobic anxiety, psychoticism and somatization, which, in its turn, has a close interdependence with the level of psychosocial stress. In combatants, a significant increase in the severity of psychopathological symptoms with an increase in the level of psychosocial stress, and, accordingly, the severity of alcohol dependence, is observed on the basis of depression and obsessive-compulsive response, somatization, interpersonal sensitivity and psychoticism. Reducing severity of psychopathological manifestations with increasing stress was recorded as manifestations of hostility. The growth of expressiveness of paranoiality occurs in cases of mild or severe stress, with a decrease at a moderate level of psychosocial stress. In displaced persons with alcohol dependence, there is a reliable tendency to increasing the expressiveness of manifestations of depression, interpersonal sensitivity, paranoiality and psychoticism with an increase in the level of stress. For the local inhabitants with alcohol dependence, the regularity of increase of expressiveness of all investigated psychopathological manifestations combining with increase of severity of psychosocial stress is characteristic. Among persons with alcohol dependence with the corresponding level of psychosocial stress, the severity of obsessive-compulsive symptoms, manifestations of interpersonal sensitivity and phobic anxiety is greater among combatants and displaced persons; hostility and paranoiality - in combatants; depression - in displaced persons. The obtained data allow to state that an important factor determining the peculiarities of the severity and variety of psychopathological symptoms in persons with alcohol dependence is the severity of the pathological influence of the psychotraumatic experience and the level of psychosocial stress.

Key words:

alcohol dependence, psychosocial stress, psychopathological symptoms.

СПЕЦИФИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, РАЗНЫМ ПСИХОТРАВМАТИЧЕСКИМ ОПЫТОМ И УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА**Аннотация.**

Для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетом отягчающего действия стресса на специфику психопатологических проявлений у лиц, зависимых от алкоголя, в ходе работы был проведен анализ особенностей выраженности и клинической вариативности психопатологической симптоматики у лиц с различным психотравмирующим опытом и уровнем психосоциального стресса. Установлено, что выраженность симптомов алкогольной зависимости (АЗ) прямо коррелирует с выраженностью проявлений депрессии, межличностной чувствительности, обсессивно-компульсивной и паранойальной симптоматики, фобической тревожности, психотизма и соматизации, что, в свою очередь, имеет тесную связь с уровнем психосоциального стресса. Увеличение выраженности психопатологических симптомов с ростом уровня психосоциального стресса, и, соответственно, тяжести АЗ, у комбатантов наблюдается по депрессии и обсессивно-компульсивному реагированию, соматизации, межличностной чувствительности и психотизму. Уменьшение выраженности психопатологических проявлений при росте стрессовой нагрузки зафиксировано по проявлениям враждебности. Рост паранойальности происходит в случаях легкого или тяжелого стресса, с уменьшением при умеренном уровне психосоциального стресса. У переселенцев с АЗ установлена тенденция увеличения выраженности проявлений депрессии, межличностной чувствительности, паранойальности и психотизма при увеличении уровня испытываемого стресса. Для местных жителей с АЗ характерным является увеличение выраженности всех исследованных психопатологических проявлений параллельно с ростом тяжести психосоциального стресса. Среди лиц с АЗ с соответствующим уровнем психосоциального стресса выраженность обсессивно-компульсивных симптомов, проявлений межличностной чувствительности и фобической тревожности является большей у комбатантов и переселенцев; враждебности и паранойальности – у комбатантов; депрессии – у переселенцев. Полученные данные позволяют утверждать, что важным фактором, определяющим особенности выраженности и разнообразия психопатологической симптоматики у лиц с АЗ, является выраженность патологического влияния психотравмирующего опыта и уровень испытываемого психосоциального стресса. Выявленные закономерности должны учитываться при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий лиц, страдающих АЗ.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психосоциальный стресс, психопатологическая симптоматика.

За даними ВООЗ, шкідливе вживання алкоголю є причинним фактором більш, ніж 200 порушень здоров'я, пов'язаних з хворобами і травмами. В усьому світі в результаті шкідливого вживання алкоголю щороку відбувається 3 мільйони смертей, що становить 5,3% всіх випадків смерті. [1]. На жаль, за результатами міжнародного дослідження 195 країн за період 1990 – 2016 років, за показником смертності від алкоголю Україна займає 9-те місце у світі, а кількість смертей, асоційованих зі вживанням алкоголю, становить 1,3% від їх загальної кількості [2].

Розповсюдженість алкогольної залежності (АЗ) являє собою віддзеркалення суспільно-політичних процесів, що відбуваються зараз в країні. Насамперед, йдеться про фактори, пов'язані з дією надсильних стресорів – таких, як політична та економічна нестабільність та бойові дії на Сході України [3–5].

Взаємозв'язок між наявністю стресового навантаження та вживанням алкоголю підтверджений великою кількістю досліджень зі значною доказовою базою і визнається усіма науковими школами та напрямками: результати епідеміологічних, генетичних, біохімічних, нейрофізіологічних, клінічних та ін. досліджень переконливо свідчать про його наявність [6, 7].

Між тим, не зважаючи на очевидну необхідність, накопичення цих знань не призвело поки що до розуміння того, яким чином, використовуючи нові знання, вплинути на зменшення шкоди від вживання алкоголю та ефективність лікування АЗ у осіб, що переживають надзначний стрес. Враховуючи системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами мають базуватися на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні й реабілітаційні стратегії повинні бути суттєво модифіковані з урахуванням вектору дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Мета роботи – визначити специфіку психопатологічної симптоматики у осіб, залежних від алкоголю, з різним рівнем психосоціального стресу та психотравматичного досвіду, для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу та коморбідних психопатологічних феноменів на формування й перебіг АЗ.

Контингент і методи дослідження.

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, було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України в якості учасників 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 проводилось за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного й статистичного методів. Діагностику АЗ здійснювали за дослідницькими діагностичними критеріями МКХ-10. Вираженість психосоціального стресу оцінювали за однойменною шкалою Л. Рідера [8] й шкалою психологічного стресу Lemyr-Tessier-Fillion в адаптації Н.Є. Водопьянової (PSM-25) [9]. Тяжкість реагування на наявний психотравматичний досвід визначали за шкалою оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) М. Горвіца в адаптації Н. В. Тарабріної [10]. Оцінку специфіки психопатологічної симптоматики проводили з використанням опитувальника виразності психопатологічної симптоматики SymptomCheck List-90-Revised – SCL-90-R в адаптації Н.В. Тарабріної [10]. Статистичний аналіз розбіжностей виконано з використанням непараметричного критерію Манна-Уїтні, а аналіз кореляцій – за допомогою непараметричного методу рангових кореляцій Спірмена.

Результати дослідження та їх обговорення.

За показниками випробуваного психосоціального стресу обстежені були розподілені на три групи: у разі, якщо показник за шкалою Л. Рідера складав до 0,99 балів, обстежуваний відносився до групи з низьким рівнем стресу – 35 осіб; у разі, якщо показник перебував в межах 1,00 – 1,99 балів, обстежуваний відносився до групи з середнім (помірним) рівнем стресу – 84 особи; у разі, якщо показник перевищував 1,99 балів – до групи з важким рівнем стресу – 193 особи. Таким чином, у кожній з соціальних категорій: комбатанти (К) – переселенці (П) – місцеві мешканці (М) – було виділено по три групи в залежності від

рівню психосоціального стресу.

Серед комбатантів виявлено 2 (1,9%) особи з низьким рівнем стресу (К1), 29 (27,1%) осіб з помірним (К2) і 76 (71,0%) осіб – з високим (К3) (загальний середній показник вираженості психосоціального стресу серед комбатантів становив $2,24 \pm 0,63$ балів).

Між переселенців 9 (10,1%) осіб мали низький рівень стресового реагування (П1), 22 (24,7%) особи – помірний (П2), 58 (65,2%) осіб – високий його рівень (П3) (загальний середній показник вираженості психосоціального стресу серед переселенців – $2,03 \pm 0,72$ балів).

У місцевих в 24 (20,7%) випадках реєструвався низький рівень стресу (М1), в 33 (28,4%) – помірний (М2) і 59 (50,9%) випадках – високий його рівень (М3) (загальний середній показник вираженості психосоціального стресу серед місцевих мешканців – $1,68 \pm 0,78$ балів).

Середній показник вираженості психосоціального стресу у осіб з легким його рівнем склав $0,62 \pm 0,21$ балів, помірним – $1,39 \pm 0,30$ балів, тяжким – $2,47 \pm 0,38$ балів (розбіжності при порівнянні середньої вираженості психосоціального стресу в даних групах були статистично значущими, $p < 0,01$). Загалом, вираженість психосоціального стресу була найбільшою у комбатантів, дещо меншою – у вимушено переміщених осіб, а найменшою – у місцевих мешканців; розбіжності були статистично значущі при порівнянні груп комбатантів і місцевих, переселенців і місцевих ($p < 0,01$) [ХНУ-ГКД].

Схожа тенденція була виявлена стосовно вразливості до психологічного стресу (методика PSM-25): у комбатантів середня його вираженість становила $151,62 \pm 25,82$ балів, у переселенців – $143,56 \pm 31,20$ балів, місцевих мешканців – $131,09 \pm 36,04$ балів (розбіжності 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 – $162,25 \pm 9,43$ балів (розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою, $p < 0,01$).

Аналіз результатів дослідження оцінки впливу травматичної події на психічний стан респондентів, дозволив нам зробити наступні висновки. З одного боку, абсолютно

очікувано, середня вираженість впливу психотравматичного досвіду була вищою у комбатантів ($52,83 \pm 22,12$ балів), ніж у переселенців ($47,67 \pm 22,02$ балів), а у останніх – вищою, ніж у місцевих мешканців ($40,06 \pm 17,75$ балів) (розбіжності достовірні при порівнянні показників комбатантів та/або переселенців з місцевими мешканцями – комбатанти vs місцеві $p < 0,01$; переселенці vs місцеві $p < 0,05$; розбіжності між показниками комбатантів і переселенців не достовірні $p > 0,05$). Між тим, середня вираженість посттравматичного реагування у осіб з легким рівнем психосоціального стресу становила $23,23 \pm 0,65$ балів (верхні значення діапазону низької вираженості), помірним – $28,61 \pm 3,86$ (нижні значення діапазону помірної вираженості), важким – $58,69 \pm 18,28$ балів (діапазон високої вираженості), при цьому розбіжності були статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою ($p < 0,01$). Таким чином, бачимо, що серед представників різних контингентів, в тому числі, з наявністю психотравматичного досвіду «за умовчанням» (комбатанти та/або переселенці), не дивлячись на пережиті травматичні події, існує значна кількість осіб з низькою або незначною вираженістю патологічного посттравматичного стресу. Сила патологічного впливу травматичної події обумовлена виразністю стресового реагування на неї, що асоційовано з вираженістю випробуваного психосоціального стресу.

Вираженість клінічних проявів АЗ також виявилась неоднорідною серед обстежених, а була асоційована з рівнем психосоціального стресу: усереднені показники AUDIT у осіб з легким стресом виявились $15,17 \pm 2,32$ балів, з помірним реагуванням на стрес – $21,53 \pm 1,99$ бали, важким – $31,51 \pm 6,35$ балів (розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою $p < 0,01$). Середня вираженість АЗ серед комбатантів становила $30,43 \pm 7,31$ балів, переселенців – $28,60 \pm 7,78$ балів, місцевих мешканців – $25,43 \pm 8,19$ балів (розбіжності статистично значущі при порівнянні комбатантів і місцевих $p < 0,01$, переселенців і місцевих $p < 0,01$).

У результаті дослідження специфіки психопатологічної симптоматики у респондентів з АЗ та з різним рівнем психосоціального стресу, були виявлені важливі закономірності. Результати вивчення вираженості психопатологічної симптоматики у комбатантів, хворих на АЗ, представлено в табл. 1.

Таблиця 1.

Показники вираженості психопатологічної симптоматики у комбатантів з АЗ та різним рівнем психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу			p 1-2	p 1-3	p 2-3
	K1	K2	K3			
Соматизація	0,45±0,07	0,58±0,46	0,78±0,55	>0,05	<0,05	<0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	0,25±0,21	0,57±0,31	0,81±0,36	>0,05	<0,05	<0,05
Міжособистісна чутливість	0,25±0,07	0,42±0,17	0,63±0,32	>0,05	<0,05	<0,05
Депресія	0,40±0,14	0,57±0,10	0,73±0,09	>0,05	<0,05	<0,05
Тривожність	0,35±0,07	0,61±0,54	0,73±0,71	>0,05	>0,05	>0,05
Ворожість	0,80±0,71	0,47±0,40	0,39±0,52	>0,05	>0,05	>0,05
Фобічна тривожність	0,20±0,14	0,28±0,21	0,38±0,34	>0,05	>0,05	>0,05
Параноїдальні симптоми	0,60±0,14	0,51±0,16	0,62±0,18	>0,05	>0,05	<0,01
Психотизм	0,20±0,14	0,32±0,22	0,40±0,14	>0,05	<0,05	<0,05
Додаткові симптоми	1,15±0,21	1,44±0,51	1,66±0,43	>0,05	<0,05	<0,05
Індекс GSI	0,45±0,07	0,57±0,21	0,71±0,26	>0,05	<0,05	<0,05
Індекс PSI	27,50±2,12	26,48±7,19	30,00±8,52	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс PDSI	1,40±0,10	1,90±0,27	2,11±0,28	<0,05	<0,05	<0,05

Як видно з таблиці, загальною закономірністю є збільшення виразності психопатологічної симптоматики по мірі зростання тяжкості психосоціального стресу. Так, показник соматизації у хворих групи K1 склав 0,45±0,07 балів, у групі K2 – 0,58±0,46 балів, у групі K3 – 0,78±0,55 балів; показник обсесивно-компульсивних розладів – відповідно 0,25±0,21 балів, 0,57±0,31 балів та 0,81±0,36 балів; міжособистісної чутливості – відповідно 0,25±0,07 балів, 0,42±0,17 балів та 0,63±0,32 балів; депресії – відповідно 0,40±0,14 балів, 0,57±0,10 балів та 0,73±0,09 балів; тривожності – відповідно 0,35±0,07 балів, 0,61±0,54 балів та 0,73±0,71 балів; фобічної тривожності – відповідно 0,20±0,14 балів, 0,28±0,21 балів та 0,38±0,34 балів; та психотизму – відповідно 0,20±0,14 балів, 0,32±0,22 балів та 0,40±0,14 балів. Найбільш суттєво відмінності між групами з різним рівнем психосоціального стресу серед комбатантів були виражені для депресії, обсесивно-компульсивної симптоматики, дещо менше – для соматизації, міжособистісної чутливості та психотизму. Дещо інші закономірності у цій групі виявлені для ворожості: найвищі її показники виявлені у групі K1 з найменшим рівнем психосоціального стресу (0,80±0,71 балів), дещо менші – у групі з помірним рівнем психосоціального стресу (0,47±0,40 балів), і найменші – у групі з високим рівнем психосоціального стресу (0,39±0,52 балів). На наш погляд, такі закономірності можуть бути пов'язані з наростанням ознак астенизації по мірі збіль-

шення важкості та тривалості стресу та АЗ. Ще більш складні закономірності виявлені для параноїдальної симптоматики: найбільш високі показники її виявлені у групі з тяжким (K3) – 0,62±0,18 балів та легким (K1) – 0,60±0,14 балів, а найнижчі – в групі з помірним стресом (K2) – 0,51±0,16 балів.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GeneralSymptomaticallyIndex – GSI) зростав зі збільшенням тяжкості психосоціального стресу: у групі K1 він склав 0,45±0,07 балів, у групі K2 – 0,57±0,21 балів, у групі K3 – 0,71±0,26 балів. Індекс загальної кількості симптомів (PositiveSymptomaticallyIndex – PSI) був найвищим у групі K3 (30,00±8,52 балів), дещо меншим – у групі K2 (27,50±2,12 балів), і найменшим – у групі K1 (26,48±7,19 балів). Значущі (p<0,05) розбіжності між групами виявлені для індексу вираженості симптоматичного дистресу (PositiveDistressSymptomaticallyIndex – PDSI), при цьому виявлено тенденцію до збільшення вираженості дистресу по мірі зростання тяжкості психосоціального стресу: у групі K1 показник склав 1,40±0,10 балів, у групі K2 – 1,90±0,27 балів, у групі K3 – 2,11±0,28 балів.

У вимушених переселенців зберігалися ті ж загальні тенденції до збільшення показників вираженості психопатологічної симптоматики паралельно зі зростанням тяжкості психосоціального стресу; ці закономірності виявлені для всіх психопатологічних симптомів (табл. 2).

Таблиця 2

Показники вираженості психопатологічної симптоматики у вимушених переселенців з АЗ та різним рівнем психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу			р 1-2	р 1-3	р 2-3
	П1	П2	П3			
Соматизація	0,53±0,31	0,59±0,29	0,95±0,72	>0,05	>0,05	>0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	0,49±0,26	0,67±0,36	0,77±0,37	>0,05	>0,05	>0,05
Міжособистісна чутливість	0,38±0,27	0,53±0,25	0,86±0,22	>0,05	<0,01	<0,01
Депресія	0,39±0,08	0,55±0,07	0,72±0,08	<0,01	<0,01	<0,01
Тривожність	0,37±0,44	0,51±0,44	0,72±0,55	>0,05	>0,05	>0,05
Ворожість	0,20±0,21	0,33±0,48	0,55±0,63	>0,05	>0,05	>0,05
Фобічна тривожність	0,30±0,15	0,40±0,21	0,57±0,45	>0,05	>0,05	>0,05
Параноїдальні симптоми	0,23±0,05	0,26±0,19	0,37±0,17	>0,05	<0,01	>0,05
Психотизм	0,21±0,16	0,33±0,18	0,34±0,15	>0,05	<0,05	>0,05
Додаткові симптоми	1,01±0,21	1,46±0,41	1,71±0,48	<0,01	<0,01	>0,05
Індекс GSI	0,40±0,12	0,57±0,12	0,76±0,28	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	23,22±5,70	28,77±4,47	31,26±8,40	<0,05	<0,01	>0,05
Індекс PDSI	1,59±0,15	1,78±0,20	2,14±0,25	<0,05	<0,01	<0,01

Як видно з таблиці, переселенцям, хворим на АЗ, з низьким ступенем психосоціального стресу, були притаманні найнижчі кількісні значення показників, з найвищим ступенем психосоціального стресу – найвищі показники, а показники у групі з помірним ступенем психосоціального стресу займали проміжне місце. Так, показник соматизації у групі П1 склав 0,53±0,31 балів, у групі П2 – 0,59±0,29 балів, у групі П3 – 0,95±0,72 балів; обсесивно-компульсивної симптоматики – відповідно 0,49±0,26 балів, 0,67±0,36 балів та 0,77±0,37 балів; міжособистісної чутливості – відповідно 0,38±0,27 балів, 0,53±0,25 балів та 0,86±0,22 балів; депресії – відповідно 0,39±0,08 балів, 0,55±0,07 балів та 0,72±0,08 балів; тривожності – відповідно 0,37±0,44 балів, 0,51±0,44 балів та 0,72±0,55 балів; ворожості – відповідно 0,20±0,21 балів, 0,33±0,48 балів та 0,55±0,63 балів; фобічної тривожності – відповідно 0,30±0,15 балів, 0,40±0,21 балів та 0,57±0,45 балів; параноїдальної симптоматики – відповідно 0,23±0,05 балів, 0,26±0,19 балів та 0,37±0,17 балів; психотизму – відповідно 0,21±0,16 балів, 0,33±0,18 балів та 0,34±0,15 балів. Найбільш чітко ці відмінності виражені для депресії, дещо менше – для міжособистісної чутливості, параноїдальної симптоматики та психотизму.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GSI) у переселенців значуще ($p<0,05$) зростає зі збільшенням тяжкості психосоціального стресу: у групі П1 він склав 0,40±0,12 балів, у групі П2 – 0,57±0,12 балів, у групі П3 – 0,76±0,28 балів. Індекс виявлення симптоматики (PSI) значуще відрізнявся у групах П1 (23,22±5,70 балів) та П2 (28,77±4,47 балів), і не значуще – між групами П2 і П3 (31,26±8,40 балів). Значущі ($p<0,05$) розбіжності між групами виявлені для індексу вираженості дистресу (PDSI), при цьому вираженість дистресу зростала по мірі зростання тяжкості психосоціального стресу: у групі П1 показник склав 1,59±0,15 балів, у групі П2 – 1,78±0,20 балів, у групі П3 – 2,14±0,25 балів.

Найбільшою мірою закономірності щодо збільшення показника вираженості психопатологічної симптоматики паралельно зі зростанням важкості психосоціального стресу були виражені у групі місцевих мешканців (табл. 3). На наш погляд, це може бути пов'язане з суттєво більшою важкістю психосоціального стресу в групах комбатантів та переселенців, та більш складним характером реагування на стрес у цих групах, що зумовлює більш складні закономірності, особливо в групі комбатантів.

Таблиця 3

Показники вираженості психопатологічної симптоматики у вимушених переселенців з АЗ та різним рівнем психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу			р 1-2	р 1-3	р 2-3
	M1	M2	M3			
Соматизація	0,31±0,20	0,45±0,32	0,69±0,48	>0,05	<0,01	<0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	0,17±0,14	0,47±0,31	0,64±0,25	<0,01	<0,01	<0,01
Міжособистісна чутливість	0,23±0,15	0,49±0,23	0,59±0,36	<0,01	<0,01	>0,05
Депресія	0,43±0,08	0,56±0,09	0,75±0,08	<0,01	<0,01	<0,01
Тривожність	0,23±0,27	0,43±0,37	0,62±0,46	<0,05	<0,01	>0,05
Ворожість	0,16±0,23	0,41±0,36	0,53±0,51	<0,01	<0,01	>0,05
Фобічна тривожність	0,16±0,12	0,23±0,29	0,41±0,44	>0,05	<0,05	<0,05
Параноїдальні симптоми	0,15±0,12	0,27±0,16	0,28±0,19	<0,01	<0,01	>0,05
Психотизм	0,24±0,09	0,29±0,10	0,32±0,14	>0,05	<0,01	>0,05
Додаткові симптоми	0,91±0,26	1,44±0,41	1,85±0,53	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс GSI	0,30±0,08	0,50±0,16	0,67±0,21	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	16,92±3,28	22,52±5,36	27,19±6,69	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PDSI	1,60±0,16	1,97±0,23	2,17±0,24	<0,01	<0,01	<0,01

Як видно з таблиці, практично за всіма психопатологічними симптомами виявлялися статистично значущі розбіжності у показниках між групами з легким, помірним та тяжким психосоціальним стресом. Так, середнє значення показника соматизації у групі M1 склало 0,31±0,20 балів, у групі M2 – 0,45±0,32 балів, а у групі M3 – 0,69±0,48 балів; обсесивно-компульсивної симптоматики – відповідно 0,17±0,14 балів, 0,47±0,31 балів та 0,64±0,25 балів; міжособистісної чутливості – відповідно 0,23±0,15 балів, 0,49±0,23 балів та 0,59±0,36 балів; депресії – відповідно 0,43±0,08 балів, 0,56±0,09 балів та 0,75±0,08 балів; тривожності – відповідно 0,23±0,27 балів, 0,43±0,37 балів та 0,62±0,46 балів; ворожості – відповідно 0,16±0,23 балів, 0,41±0,36 балів та 0,53±0,51 балів; фобічної тривожності – відповідно 0,16±0,12 балів, 0,23±0,29 балів та 0,41±0,44 балів; параноїдальної симптоматики – відповідно 0,15±0,12

балів, 0,27±0,16 балів та 0,28±0,19 балів; психотизму – відповідно 0,24±0,09 балів, 0,29±0,10 балів та 0,32±0,14 балів.

Інтегральні показники у цій групі виявили чітку тенденцію до збільшення по мірі зростання важкості психосоціального стресу. Так, загальний індекс (GSI) у групі M1 склав 0,30±0,08 балів, у групі M2 – 0,50±0,16 балів, у групі M3 – 0,67±0,21 балів; індекс виявлення симптоматики (PSI) – відповідно 16,92±3,28 балів, 22,52±5,36 балів та 27,19±6,69 балів; індекс вираженості дистресу (PDSI) – відповідно 1,60±0,16 балів, 1,97±0,23 балів та 2,17±0,24 балів.

Нами також проаналізовано розбіжності між показниками психопатологічної симптоматики у комбатантів, переселенців та місцевих мешканців за кожним зі ступенів психосоціального стресу – легким, помірним та тяжким. Результати статистичного аналізу розбіжностей наведено у табл. 4.

Таблиця 2

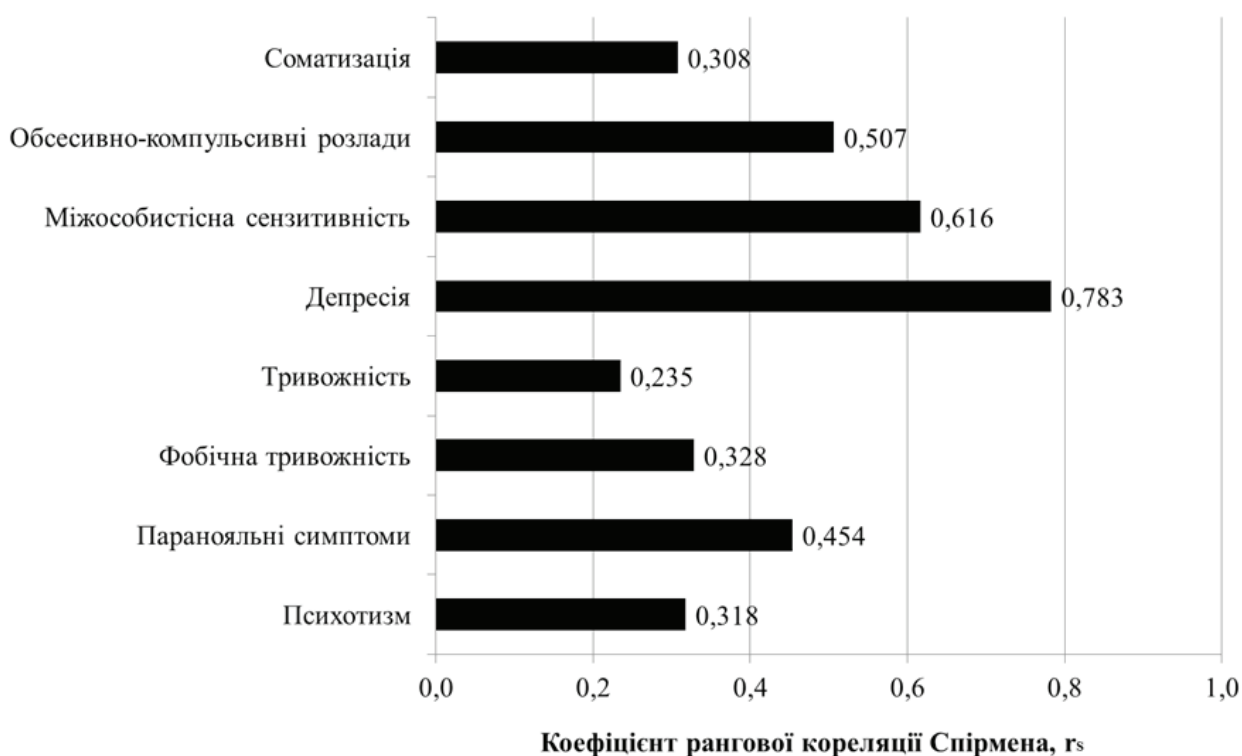
Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні показників вираженості психопатологічної симптоматики при попарному порівнянні хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу								
	легкий			помірний			тяжкий		
	К1 та П1	К1 та М1	П1 та М1	К2 та П2	К2 та М2	П2 та М2	К3 та П3	К3 та М3	П3 та М3
Соматизація	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05
Міжособистісна чутливість	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01
Депресія	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Тривожність	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Ворожість	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
Фобічна тривожність	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05
Параноїдальні симптоми	<0,05	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05
Психотизм	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
Додаткові симптоми	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс GSI	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс PSI	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05
Індекс PDSI	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05

Як видно з таблиці, у переселенців з легким та помірним, а у комбатантів з важким ступенями психосоціального стресу виявлено значуще більший рівень обсесивно-компульсивної симптоматики, порівняно з місцевими мешканцями; у комбатантів та переселенців з тяжким ступенем стресу виявлено значуще більші показники за міжособистісною чутливістю; у переселенців та місцевих мешканців з важким стресом – за депресією; у комбатантів з помірним та важким стресом – з переселенцями та місцевими мешканцями за ворожістю; у переселенців з легким ступенем стресу – з місцевими мешканцями, у комбатантів і переселенців з помірним та важким ступенями стресу – з місцевими мешканцями за фобічною тривожністю; у комбатантів з легким та помірним ступенями стресу – з переселенцями, а з тяжким стресом – між усіма групами за пара-

ноїдальною симптоматикою; у комбатантів з важким стресом – з переселенцями та місцевими мешканцями за психотизмом. У комбатантів з легким стресом також значуще більшим порівняно з місцевими мешканцями було значення загального індексу тяжкості симптомів (GSI); у комбатантів та переселенців з легким та помірним стресом, а також у переселенців з важким стресом у порівнянні з місцевими мешканцями – індекс загальної кількості симптоматики (PSI); у переселенців з помірним стресом у порівнянні з місцевими мешканцями – індекс вираженості симптоматичного дистресу (PDSI).

Нами було також проаналізовано кореляційні зв'язки між напруженістю аддиктивного статусу за алкоголем на підставі даних AUDIT-тесту та показниками вираженості психопатологічної симптоматики. Результати кореляційного аналізу наведено на мал. 1.



Мал. 1. Кореляційні зв'язки між вираженістю АЗ заданими AUDIT-тесту та показниками психопатологічної симптоматики (наведено значущі ($p < 0,05$ і менше) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена)

Як видно з малюнку, найбільш сильний зв'язок (коефіцієнт кореляції понад 0,7) був виявлений між вираженістю АЗ та проявами депресії ($r_s = 0,783$); кореляційний зв'язок помірної сили (коефіцієнти кореляції в межах 0,3-0,7) виявлені для міжособистісної сензитивності ($r_s = 0,616$), обсесивно-компульсивної симптоматики ($r_s = 0,507$), параноїдальної симптоматики ($r_s = 0,454$), фобічної тривожності ($r_s = 0,328$), психотизму ($r_s = 0,318$) та соматизації ($r_s = 0,308$); слабкий кореляційний зв'язок – для тривожності ($r_s = 0,235$). В цілому значущий кореляційний зв'язок виявлений для 8 з 9 шкал психопатологічної симптоматики.

Висновки.

Особи з алкогольною залежністю характеризуються наявністю палітри психопатологічної симптоматики різної виразності і клінічної варіативності, що співвідносяться з рівнем випробуваного особами психосоціального стресу та патологічного реагування на пережиті травматичні події.

Вираженість симптомів АЗ прямо корелює з виразністю проявів депресії, міжособистісної сензитивності, обсесивно-компульсив-

ної і параноїдальної симптоматики, фобічної тривожності, психотизму і соматизації, що, в свою чергу, має тісний зв'язок з рівнем психосоціального стресу.

У комбатантів достовірно збільшення виразності психопатологічної симптоматики зі зростанням рівню психосоціального стресу, і, відповідно, тяжкості АЗ, спостерігається за ознаками депресії й обсесивно-компульсивного реагування, соматизації, міжособистісної сензитивності та психотизму. Зменшення вираженості психопатологічних проявів при зростанні стресового навантаження зафіксовано за проявами ворожості. Ріст виразності параноїдальності відбувається у випадках легкого або важкого стресу, зі зменшенням при помірному рівні психосоціального стресу.

У переселенців з АЗ встановлена достовірна тенденція збільшення виразності проявів депресії, міжособистісної сензитивності, параноїдальності і психотизму при збільшенні рівня випробуваного стресу.

Для місцевих мешканців з АЗ характерною є закономірність збільшення вираженості усіх досліджених психопатологічних проявів

паралельно зі зростанням важкості психосоціального стресу.

Серед осіб з АЗ з відповідним рівнем психосоціального стресу вираженість обсе-сивно-компульсивних симптомів, проявів міжособистісної сенситивності і фобічної тривожності є більшою у комбатантів і переселенців; ворожості і параної дальності – у комбатантів; депресії – у переселенців.

Порівняно з місцевими мешканцями, у комбатантів з легким і помірним рівнем стресового реагування достовірно більшими є загальний індекс тяжкості та психопатологічної симптоматики (GSI) та кількість наявних

симптомів (PSI), а у переселенців – кількості психопатологічних симптомів (PSI) і індекс вираженості симптоматичного дистресу (PDSI).

Таким чином, важливим фактором, що визначає особливості вираженості і різноманітності психопатологічної симптоматики у осіб з АЗ, є вираженість патологічного впливу психотравматичного досвіду та рівень випробуваного психосоціального стресу. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів осіб, що страждають на АЗ.

Література.

1. Alcohol: Keyfacts // <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> 21 September 2018
2. 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 // *Lancet Psychiatry*. 2018 Nov 1. pii: S2215-0366(18)30337-7. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
3. 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.
4. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Явдак І.О., Малюта Л.В. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 68-71.
5. Markova M. V., Gaponov K. D. Post-stress 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*. – Munich, Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, 2016. P. 30 – 31.
6. Гапонов К.Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти // *Український вісник психоневрології*. – 2016. – Том 24, вип. 4 (89). С. 54 – 60.
7. Гапонов К.Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 104-109.
8. Гапонов К.Д., Сосін І.К., 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.
9. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии и посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

©Kostiantyn Gaponov(Ukraine)– MD, PhD (candidate of medical sciences), Chief Doctor of the Regional Clinical Hospital "Regional Narcological Dispensary", Ochakivska street, 15, Kharkiv, 61045; 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; Amosova St., 58, 61176; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>.

© Гапонов Константин Дмитриевич (Украина) – к.мед.н., главный врач КНПХОР «Областной наркологический диспансер», г. Харьков, ул. Очаковская, 15, 61045; доцент кафедры наркологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины; 58 ул. Амосова, г. Харьков, 61176; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>.