

УДК: 613.861::616.895::613.816

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ



К. Д. Гапонов

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

© Kostiantyn Gaponov (Ukraine) – MD, PhD in Medicine, Chief Doctor of the Regional Clinical Hospital "Regional Narcological Dispensary", Kharkiv; 15 Ochakivska street, 61045; Associate Professor of the Narcology Department of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; 58 Amosov Street, 61176; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2835-1027.

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

№ 9, 2018, стор.43–54

SPECIFICITIES OF CLINICAL ARRANGING ALCOHOLIC REMEDY IN PERSONS WITH VARYING LEVELS OF PSYCHOSOCIAL STRESS

Abstract.

The article noted that in recent times Ukraine has been characterized by the presence of a significant number of stress factors, as a result of which an increase in the long-term stress load occurs. It is indicated that this forms a number of adverse factors affecting the increase in the use of psychoactive substances in the community, first of all, of alcohol. To the fore among these factors, above all, is the action of superstrong stressors, such as political and economic instability and fighting in the east of Ukraine. It was stated that taking into account the systemic interaction of these stress loads (political and economic instability and combat actions), approaches to the treatment of alcohol dependence with comorbid post-stress states should be based on biopsychosocial bases, and the existing therapeutic and rehabilitative strategies should be significantly modified according to the formation and course of this dependence. To understand the ways of modifying existing therapeutic and rehabilitation strategies, taking into account the aggravating effect of stress on the formation and course of alcohol dependence, we analyzed the characteristics of the clinical arrangement of alcohol dependence in individuals with various psycho-traumatic experiences and levels of psychosocial stress. It was established that the clinical symptoms of alcohol dependence in general were more variable in the group of combatants, slightly less - among immigrants; and the differences between the two groups in the overwhelming majority of symptoms are not significant. Local residents showed a significantly smaller variety of clinical symptoms of alcohol dependence, although in general the prevalence rates of its manifestations in all three groups are comparable. Significantly more pronounced differences in clinical symptoms were found when analyzing it, taking into account the level of psychosocial stress, which suggests this factor determining the clinical variability of alcohol dependence. The findings suggest that the degree of vulnerability to psychosocial stress and response to it are the leading factors in determining the clinical arrangement of alcohol dependence. Indicators of participation in hostilities or forced displacement also have a certain value, but their effect on the variability of the clinical symptoms of alcohol dependence is less.

Key words:

alcohol dependence, clinical manifestations, psychosocial stress.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ АРАНЖИРОВКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

Аннотация.

В статье отмечено, что для Украины в последнее время характерно наличие значительного количества стрессогенных факторов, вследствие чего возникает увеличение длительной стрессовой нагрузки. Указано, что это формирует целый ряд неблагоприятных факторов, влияющих на повышение уровня употребления психоактивных веществ в сообществе, в первую очередь, алкоголя. На первый план среди этих факторов, прежде всего, выступает действие сверхсильных стрессоров – таких, как политическая и экономическая нестабильность и боевые действия на Востоке Украины. Констатируется, что учитывая системное взаимовлияние этих стрессовых нагрузок (политическая и экономическая нестабильность и боевые действия), подходы к лечению алкогольной зависимости с коморбидными постстрессовыми состояниями должны базироваться на биопсихосоциальных основах, а существующие терапевтические и реабилитационные стратегии должны быть существенно модифицированы с учетом вектора воздействия стресса на формирование и течение этой зависимости. Для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетом отягчающего действия стресса на формирование и течение алкогольной зависимости в ходе работы был проведен анализ особенностей клинической аранжировки алкогольной зависимости у лиц с различным психотравмирующим опытом и уровнем психосоциального стресса. Установлено, что клиническая симптоматика алкогольной зависимости в целом была более вариативной в группе комбатантов,

чуть менше – у переселенців; а различия между двумя группами по подавляющему большинству симптомов несущественны. Местные жители продемонстрировали значимо меньшее разнообразие клинической симптоматики алкогольной зависимости, хотя в целом показатели распространенности ее проявлений во всех трех группах сопоставимы. Существенно более выраженные различия в клинической симптоматике были обнаружены при ее анализе с учетом уровня психосоциального стресса, что позволяет считать этот фактор определяющим клиническую вариативность алкогольной зависимости. Полученные данные позволяют утверждать, что степень уязвимости при психосоциальном стрессе и реагирования на него являются ведущими факторами в определении клинической аранжировки алкогольной зависимости. Показатели участия в боевых действиях или вынужденного перемещения также имеют определенное значение, но их влияние на вариативность клинической симптоматики алкогольной зависимости является меньшим.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, клинические проявления, психосоциальный стресс.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

Анотація.

У статті зазначено, що для України останнім часом характерна наявність значної кількості стресогенних чинників, внаслідок чого виникає збільшення тривалості стресового навантаження. Зазначено, що це формує цілий ряд несприятливих факторів, що впливають на підвищення рівня вживання психоактивних речовин в співтоваристві, в першу чергу, алкоголю. На перший план серед цих чинників, перш за все, виступає дія надсильних стресорів - таких, як політична і економічна нестабільність і бойові дії на Сході України. Констатовано, що з огляду на системний взаємовплив цих стресових навантажень (політична і економічна нестабільність і бойові дії), підходи до лікування алкогольної залежності з коморбідними постстресовими станами повинні базуватися на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні та реабілітаційні стратегії повинні бути істотно модифіковані з урахуванням вектора впливу стресу на формування і перебіг цієї залежності. Для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжливої дії стресу на формування і перебіг алкогольної залежності в ході роботи було проведено аналіз особливостей клінічного аранжування алкогольної залежності в осіб з різним психотравмуючим досвідом і рівнем психосоціального стресу. Встановлено, що клінічна симптоматика алкогольної залежності в цілому була більш варіативною в групі комбатантів, трохи менше - у переселенців; а відмінності між двома групами по переважній більшості симптомів несуттєві. Місцеві жителі продемонстрували значимо меншу різноманітність клінічної симптоматики алкогольної залежності, хоча в цілому показники поширеності її проявів у всіх трьох групах порівнянні. Істотно більш виражені відмінності в клінічній симптоматиці були виявлені при її аналізі з урахуванням рівня психосоціального стресу, що дозволяє вважати цей фактор визначним у клінічній варіативності алкогольної залежності. Отримані дані дозволяють стверджувати, що ступінь уразливості при психосоціальному стресі і реагування на нього є провідними факторами у визначенні клінічного аранжування алкогольної залежності. Показники участі в бойових діях або вимушеного переміщення також мають певне значення, але їх вплив на варіативність клінічної симптоматики алкогольної залежності є меншим.

Ключові слова: алкогольна залежність, клінічні прояви, психосоціальний стрес.

Вступ

Сучасний період розвитку нашої держави характеризується значною кількістю стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресового навантаження, за умови якого живе населення України [1]. Це формує низку несприятливих факторів щодо зростання рівня вживання психоактивних речовин, зокрема, алкоголю [2–4]. Насамперед, йдеться про фактори ризику, пов'язані з дією надсильних стресорів – таких, як політична та економічна нестабільність та бойові дії на Сході України [5–7].

Зараз 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 [8; 9].

Між тим, не зважаючи на очевидну нагальність, 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 алкогольної залежності (АЗ) у осіб, що переживають надзначний стрес. Зрозуміло, що спільні механізми обумовлюють виникнення коморбідності між постстресовими станами та АЗ. 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 цієї залежності.

Мета дослідження

Під час роботи ставили за мету проаналізувати особливості клінічного аранжування АЗ в осіб з різним психотравмуючим досвідом

та рівнем психосоціального стресу, що вкрай важливо для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Матеріали і методи дослідження

З дотриманням інформованої згоди на заходах принципів біоетики і деонтології на базі КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» протягом 2014–2018 рр. було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ з діагнозами F10.24 (вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність); F10.25 (постійне вживання); F10.26 (епізодичне вживання – дипсоманія). Критеріями включення пацієнтів до дослідження були:

- наявність АЗ на момент звернення по спеціалізовану наркологічну допомогу (у відповідності до критеріїв МКХ–10);
- стаж АЗ менше 10 р. та згода на участь у розроблених реабілітаційних заходах після виписки зі стаціонару.

Критеріями виключення були наявність супутніх психічних та тяжких хронічних соматичних захворювань, а також аддикцій на рівні залежності від інших психоактивних речовин (ПАР).

Згідно з дизайном дослідження, загальну кількість обстежених склали три контингенти пацієнтів:

- **107 комбатантів** – осіб, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України як учасники Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил;
- **89 вимушено переміщених осіб** з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської областей;
- **116 мешканців м. Харкова і Харківської області**, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Оцінку клінічного аранжування АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу. Окрім клінічного структурованого інтерв'ю згідно дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ–10, його було доповнено психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю та визначення ступеня небезпечності його вживання) [10], шкали оцінки стану відміни алкоголю CIWA-Ar [11] та шкали SADQ-C, адаптованої для роботи з вітчизняним контингентом пацієнтів [12].

Вимір важкості психосоціального стресу здійснювали за однойменною шкалою Л. Рідера в адаптації В. М. Корнацького, М. В. Маркової [13] й шкалою психологічного стресу Лемура-Тесьє-Філіона в адаптації Н.Є. Водопьянкової (PSM-25) [14]. Окрім вираженості психосоціального стресу, також оцінці піддавали вира-

женість і структуру посттравматичного стресу за допомогою шкали оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) М. Горовіца в адаптації Н. В. Тарабріної [15].

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

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі роботи в кожному з обстежених контингентів було виділено три групи залежно від рівня психосоціального стресу (за шкалою Л. Рідера) ($p < 0,01$):

- 35 осіб із **легким рівнем** (показник за шкалою до 0,99 б.);
- 84 особи з **помірним рівнем** (показник від 1,00 до 1,99 б.);
- 193 особи з **високим рівнем** (показник понад 1,99 б.)

Відносно низький рівень психосоціального стресу зустрічався у 2 (1,9%) комбатантів, 9 (10,1%) переселенців і 24 (20,7%) місцевих мешканців (середній показник у групі $0,62 \pm 0,21$ б.). Помірний рівень стресу було виявлено у 29 (27,1%) комбатантів, 22 (24,7%) переселенців й 33 (28,4%) місцевих мешканців (середній показник – $1,39 \pm 0,30$ б.)

Серед усіх контингентів обстежених переважували особи з важким рівнем стресового навантаження, проте їх кількісна представленість різнилася залежно від попереднього психотравматичного досвіду ($p < 0,01$): серед комбатантів високий рівень психосоціального стресу встановлено у 76 (71,0%) осіб, серед переселенців – у 58 (65,2%) пацієнтів, а серед міських мешканців – у 59 (50,9%) респондентів (середній показник $2,47 \pm 0,38$ б.). Розбіжності у порівнянні середньої вираженості психосоціального стресу в даних групах були статистично значущими, $p < 0,01$.

Середні показники вираженості психосоціального стресу в осіб різних соціальних груп склали: серед комбатантів – $2,24 \pm 0,63$ б.; серед переселенців – $2,03 \pm 0,72$ б.; у місцевих мешканців – $1,68 \pm 0,78$ б. Загалом, рівень вираженості психосоціального стресу був найбільшим у комбатантів, дещо меншим – у вимушено переміщених осіб, а найменшим – у місцевих мешканців; розбіжності були статистично значущі при порівнянні груп комбатантів і місцевих, переселенців і місцевих ($p < 0,01$).

Схожу тенденцію було виявлено стосовно вразливості до психологічного стресу (методика PSM-25): у комбатантів середня його вираженість – $151,62 \pm 25,82$ б., у переселенців – $143,56 \pm 31,20$ б., у місцевих мешканців – $131,09 \pm 36,04$ б. Розбіжності у порівнянні комбатантів і переселенців становили $p > 0,05$,

Таблиця 1

Особливості клінічної симптоматики АЗ у представників різних соціальних груп

Симптоми	Соціальні групи						Рівень статистичної значущості розбіжностей*		
	комбатанти		переселенці		місцеві мешканці		р 1-2	р 1-3	р 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)	107	100,00	89	100,00	116	100,00	>0,05	>0,05	>0,05
Порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)	107	100,00	89	100,00	113	97,40	>0,05	<0,05	<0,05
Толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна)	107	100,00	89	100,00	111	95,70	>0,05	<0,05	<0,05
Психологічна або соматична шкода	107	100,00	89	100,00	116	100,00	>0,05	>0,05	>0,05
Уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції	78	72,90	62	69,70	67	57,80	>0,05	<0,05	>0,05
Стан абстиненції	85	79,40	64	71,90	72	62,10	<0,01	<0,01	<0,01
Звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються	73	68,20	57	64,00	59	50,90	>0,05	<0,05	<0,01
Прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів	44	41,10	32	36,00	27	23,30	>0,05	<0,05	<0,01
Постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків	52	48,60	39	43,80	48	41,40	>0,05	>0,05	>0,05

Примітки:

*Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп:

- р 1-2 – комбатантів та переселенців;
- р 1-3 – комбатантів та місцевих мешканців;
- р 2-3 – переселенців та місцевих мешканців.

комбатантів і місцевих – $p < 0,01$, переселенців і місцевих – $p < 0,01$. Середній показник у групі осіб з легким рівнем реагування на психосоціальний стрес був $72,46 \pm 9,37$ б., з помірним реагуванням – $123,30 \pm 19,97$ б., з важким – $162,25 \pm 9,43$ б. Розбіжності були статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою ($p < 0,01$).

Виявлена тенденція щодо наявності значущих розбіжностей між особами з різним рівнем психосоціального стресу при суттєво меншому впливі попереднього психотравмуючого досвіду (тобто приналежності до специфічного контингенту) зберігалась і при аналізі показників вираженості реакції на стресову ситуацію, встановлених за методикою ШОВТП.

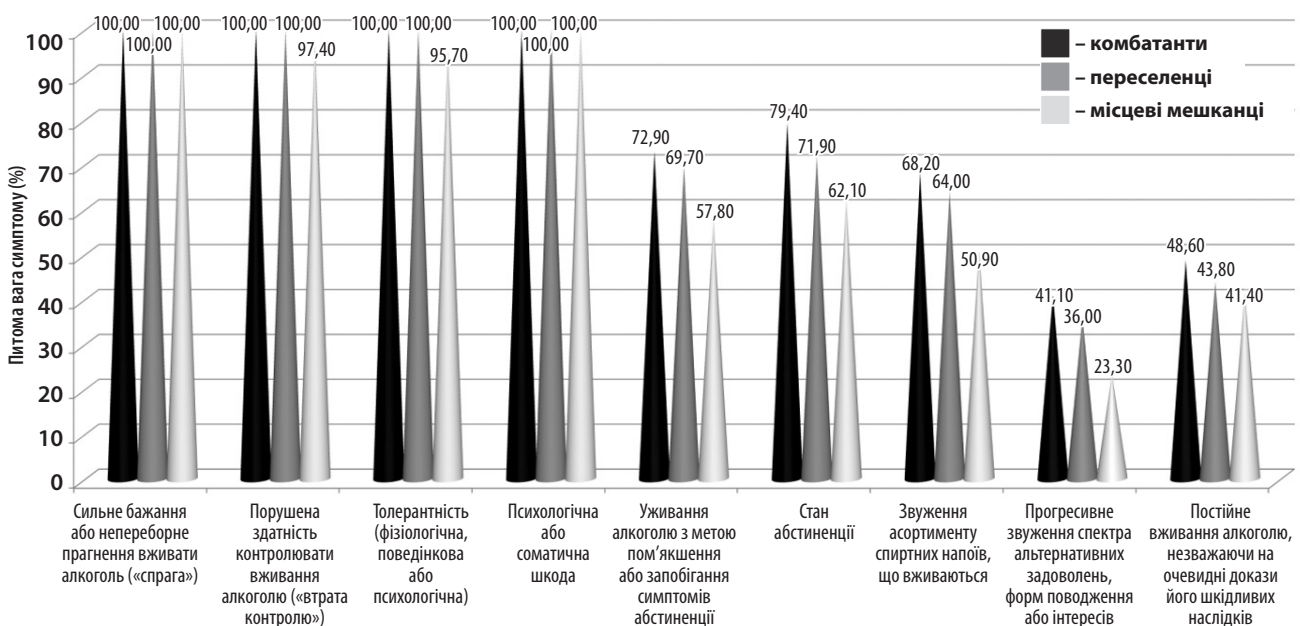


Рис 1. Особливості клінічної симптоматики АЗ у обстежених різних соціальних груп (за дослідницькими діагностичними критеріями МКХ-10)

Таблиця 2

Особливості клінічної симптоматики АЗ у осіб з різним рівнем психосоціального стресу

Симптоми	Групи за рівнем психосоціального стресу						Рівень статистичної значущості розбіжностей*		
	легкий		помірний		важкий		р 1-2	р 1-3	р 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)	35	100,00	84	100,00	193	100,00	>0,05	>0,05	>0,05
Порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)	32	91,40	84	100,00	193	100,00	<0,05	<0,01	>0,05
Толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна)	30	85,70	84	100,00	193	100,00	<0,01	<0,01	>0,05
Психологічна або соматична шкода	35	100,0	84	100,00	193	100,00	>0,05	>0,05	>0,05
Уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції	-	-	17	20,20	190	98,40	<0,01	<0,01	<0,01
Стан абстиненції	-	-	28	33,30	193	100,00	<0,01	<0,01	<0,01
Звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються	-	-	-	-	189	97,90	>0,05	<0,01	<0,01
Прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів	-	-	-	-	103	53,40	>0,05	<0,01	<0,01
Постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків	1	2,90	32	38,10	106	54,90	<0,01	<0,01	<0,05

Примітки:

*Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп:

- р 1-2 – легкого та помірною стресу;
- р 1-3 – легкого та важкого стресу;
- р 2-3 – помірною та важкого стресу.

Середня вираженість впливу травматичної події у комбатантів в цілому складала $52,83 \pm 22,12$ б., у переселенців – $47,67 \pm 22,02$ б., у місцевих мешканців – $40,06 \pm 17,75$ б. Розбіжності при порівнянні комбатантів і переселенців становили $p > 0,05$, комбатантів і місцевих – $p < 0,01$, переселенців і місцевих – $p < 0,05$. При цьому середній показник у групі з легким психосоціальним стресом складав $23,23 \pm 0,65$ б., з помірним – $28,61 \pm 3,86$ б., а з високим рівнем стресового реагування – $58,69 \pm 18,28$ б. Розбіжності були статистично значущими при порівнянні всіх груп поміж собою ($p < 0,01$).

Вираженість клінічних проявів АЗ (за AUDIT) серед комбатантів становила $30,43 \pm 7,31$ б., переселенців – $28,60 \pm 7,78$ б., місцевих мешканців – $25,43 \pm 8,19$ б. Розбіжності були статистично значущими при порівнянні комбатантів і місцевих ($p < 0,01$), переселенців і місцевих ($p < 0,01$). Серед осіб із легким стресом середній показник за AUDIT становив $15,17 \pm 2,32$ б., з помірним рівнем реагування на стрес – $21,53 \pm 1,99$ б., з важким – $31,51 \pm 6,35$ б. Розбіжності були статистично значущими при порівнянні всіх груп поміж собою ($p < 0,01$).

Аналіз особливостей клінічної симптоматики АЗ (із застосуванням дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10) у хворих різних соціальних груп дозволив виявити низку закономірностей (табл. 1, рис. 1):

- **сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь** («спрага»), а також психологічна або соматична шкода були наявні в усіх обстежених (для порівняння комбатантів з переселенцями $p > 0,05$; для порівняння комбатантів з місцевими $p > 0,05$, для порівняння переселенців з місцевими $p > 0,05$);
- **порушена здатність контролювати вживання алкоголю** («втрата контролю») та фізіологічна, поведінкова або психологічна толерантність були виявлені в усіх комбатантів і переселенців та у 97,4% і 95,7% місцевих жителів відповідно ($p > 0,05$, $p < 0,05$ та $p < 0,05$);
- **уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції** було виявлено у 72,9% комбатантів, 69,7% переселенців і 57,8% місцевих ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p > 0,05$); стан абстиненції – відповідно у 79,4%, 71,9% та 62,1% ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);
- **звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються** – відповідно у 68,2%, 64,0% та 50,9% ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$);
- **прогресивне звуження спектру альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів** – відповідно у 41,1%, 36,0% та 23,3% ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$);

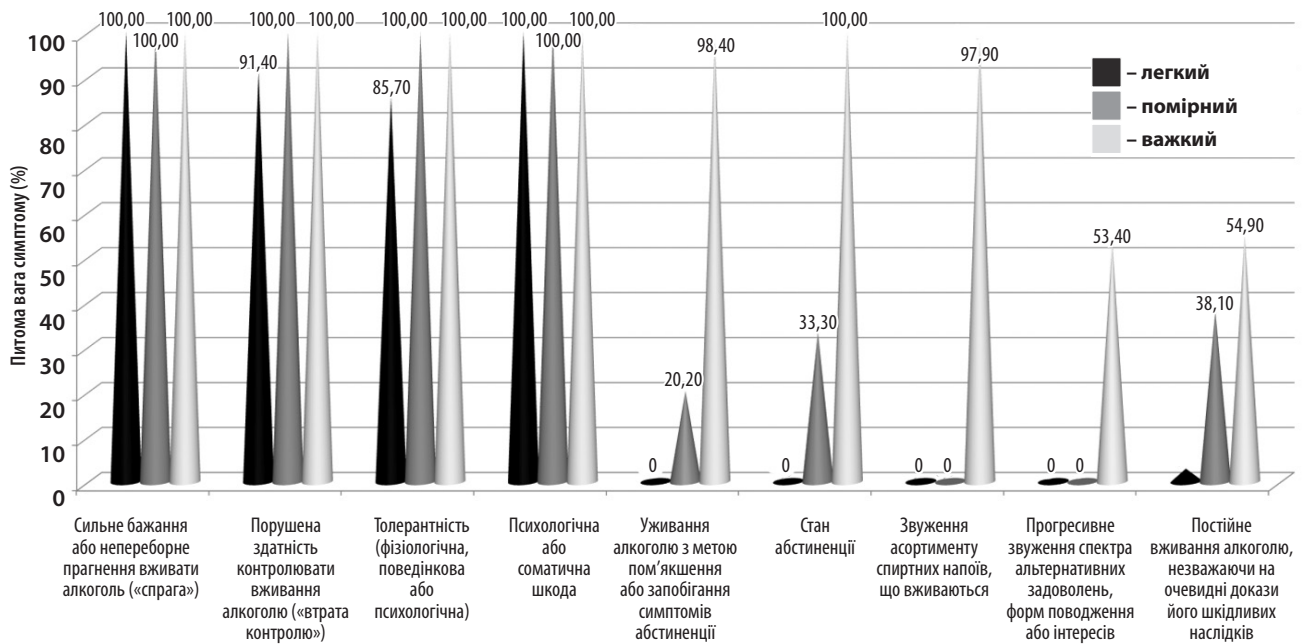


Рис. 2. Наявність клінічної симптоматики АЗ залежно від рівня психосоціального стресу (за дослідницькими діагностичними критеріями МКХ-10)

■ **постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків** – відповідно у 48,6%, 43,8% та 41,4% ($p > 0,05$, $p > 0,05$, $p > 0,05$).

Таким чином, клінічна симптоматика АЗ в цілому була дещо варіативнішою у групі комбатантів, а у переселенців розбіжності виражені дещо меншою мірою; при цьому відмінності між цими двома групами за переважною більшістю симптомів були несуттєвими. Місцеві мешканці продемонстрували значуще меншу різноманітність клінічної симптоматики АЗ, хоча в цілому показники поширеності симптомів у всіх трьох групах були спільномірними.

Натомість, суттєво більш виражені відмінності були виявлені під час аналізу клінічної симптоматики з урахуванням рівня психосо-

ціального стресу, що дозволило вважати цей фактор провідним у визначенні поширеності тих або інших симптомів АЗ (табл. 2, рис. 2):

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

■ **порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)** – у 91,4% хворих з легким рівнем стресового реагування і у всіх пацієнтів із помірним і високим стресовим навантаженням ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p > 0,05$);

■ **толерантність** (фізіологічна, поведінкова або психологічна) – у 85,7% хворих з легким стресом і у всіх обстежених з

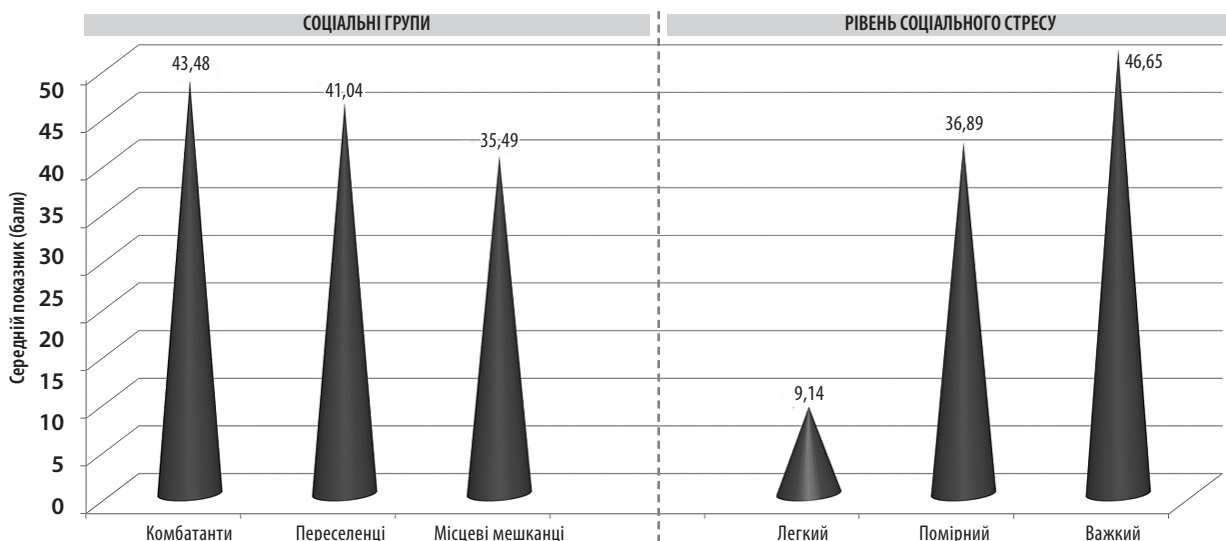


Рис. 3. Середні показники за шкалою SADQ в обстежених різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Таблиця 3

Розподіл обстежених різних соціальних груп за особливостями перебігу АЗ

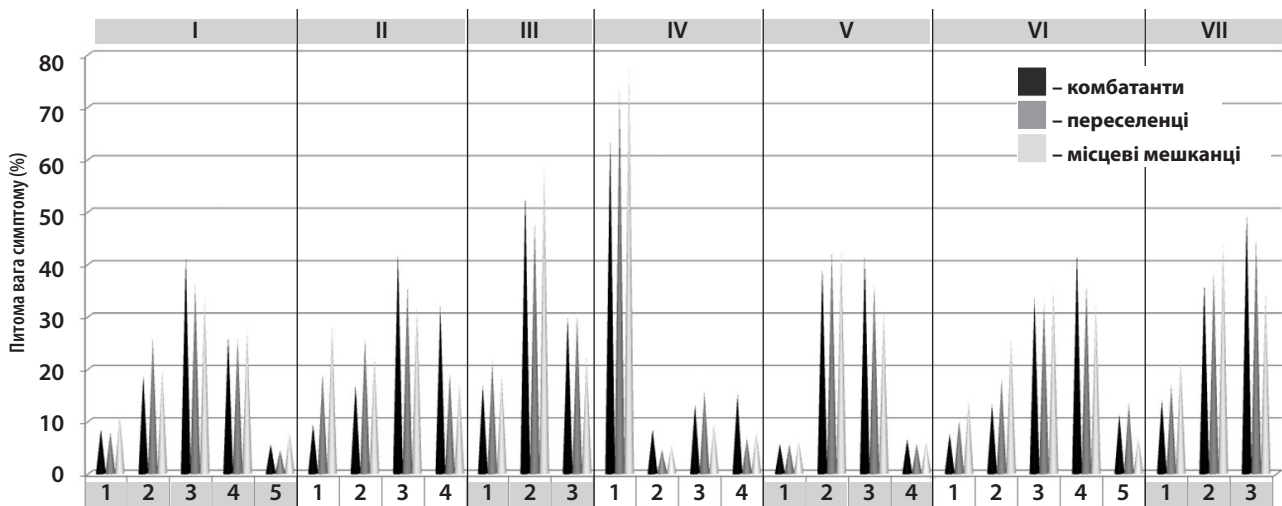
Фактори	Варіації	Соціальні групи						Рівень статистичної значущості розбіжностей		
		комбатанти		переселенці		місцеві мешканці		р 1-2	р 1-3	р 2-3
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Форма вживання алкоголю	Переважає односторонній ексцес	9	8,40	7	7,90	13	11,20	>0,05	>0,05	>0,05
	Псевдозапої	20	18,70	23	25,80	23	19,80	>0,05	>0,05	>0,05
	Постійне вживання на тлі високої толерантності	44	41,10	32	36,00	39	33,60	>0,05	>0,05	>0,05
	Постійне вживання на тлі низької толерантності	28	26,20	23	25,80	32	27,60	>0,05	>0,05	>0,05
	Істинні запої	6	5,60	4	4,50	9	7,80	>0,05	>0,05	>0,05
Переважає ком-понент в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	Ідеаторний (ситуаційно обумовлений)	10	9,30	17	19,10	33	28,40	<0,05	<0,01	<0,01
	Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів)	18	16,80	23	25,80	26	22,40	>0,05	>0,05	>0,05
	Спонтанний неусвідомлюваний (без боротьби мотивів)	45	42,10	32	36,00	37	31,90	>0,05	>0,05	>0,05
	Спонтанний, компульсивний	34	31,80	17	19,10	20	17,20	>0,05	>0,05	<0,05
Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	Часткова втрата кількісного контролю	18	16,80	19	21,03	22	19,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози)	57	53,30	43	48,30	68	58,60	>0,05	>0,05	>0,05
	Втрата ситуаційного контролю	32	29,90	27	30,30	26	22,40	>0,05	>0,05	>0,05
Динаміка клінічних проявів сп'яніння	Без зміни	68	63,6	65	73,0	90	77,6	>0,05	<0,05	>0,05
	Істерична, дисфорична, експлозивна форми	9	8,40	4	4,50	6	5,20	>0,05	>0,05	>0,05
	Депресивна із тривожним афектом	14	13,10	14	15,70	11	9,50	>0,05	>0,05	>0,05
	Агресивна форма із руховим збудженням	16	15,00	6	6,70	9	7,80	>0,05	>0,05	>0,05
Супутні захворювання	Відсутні	6	5,60	5	5,60	7	6,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Серцево-судинної системи	42	39,30	38	42,70	50	43,10	>0,05	>0,05	>0,05
	Травної системи	44	41,10	32	36,00	36	31,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Дихальної системи	7	6,50	5	5,60	7	6,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Центральної нервової системи (ЧМТ** в анамнезі включно)	8	7,50	9	10,10	16	13,80	>0,05	>0,05	>0,05
Стан відміни (за шкалою CWA-Ar)	0-9 балів – дуже помірний абстинентний синдром	14	13,10	16	18,00	30	25,90	>0,05	<0,05	>0,05
	10-15 балів – легкий абстинентний синдром	36	33,60	29	32,60	41	35,30	>0,05	>0,05	>0,05
	16-20 балів – помірний абстинентний синдром	45	42,10	32	36,00	37	31,90	>0,05	>0,05	>0,05
	21-67 балів – тяжкий абстинентний синдром	12	11,20	12	13,50	8	6,90	>0,05	>0,05	>0,05
Наявність алкогольної анозотозії	Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ	15	14,00	15	16,90	25	21,60	>0,05	>0,05	>0,05
	Формальне незаперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	39	36,40	34	38,20	51	44,00	>0,05	>0,05	>0,05
	Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	53	49,50	40	44,90	40	34,50	>0,05	<0,05	>0,05

Примітки:

* Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп:

- р 1-2 – комбатантів та переселенців;
- р 1-3 – комбатантів та місцевих мешканців;
- р 2-3 – переселенців та місцевих мешканців.

** ЧМТ – черепно-мозкова травма



I. Форма вживання алкоголю	1. Переважання односторонніх ексцесів 2. Псевдозапої 3. Постійне вживання на тлі високої толерантності 4. Постійне вживання на тлі низької толерантності 5. Істинні запої
II. Переважний компонент у структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	1. Ідеаторний (ситуаційно обумовлений) 2. Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів) 3. Спонтанний усвідомлюваний (без боротьби мотивів) 4. Спонтанний, компульсивний
III. Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	1. Часткова втрата кількісного контролю 2. Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози) 3. Втрата ситуаційного контролю
IV. Динаміка клінічних проявів сп'яніння	1. Без зміни 2. Істерична, дисфорична, експлозивна форми 3. Депресивна із тривожним афектом 4. Агресивна форма із руховим збудженням

V. Супутні захворювання	1. Відсутні 2. Серцево-судинної системи 3. Травної системи 4. Дихальної системи 5. Центральної нервової системи (ЧМТ в анамнезі включно)
VI. Стан відміни	1. 0–9 балів – дуже помірний абстинентний синдром 2. 10–15 балів – легкий абстинентний синдром 3. 16–20 балів – помірний абстинентний синдром 4. 21–67 балів – тяжкий абстинентний синдром
VII. Наявність алкогольної анозогнозії	1. Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ 2. Формальне заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ 3. Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ

Рис. 4. Особливості клінічної варіативності АЗ у різних соціальних групах

помірним та важким рівнями переживанням стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p > 0,05$);

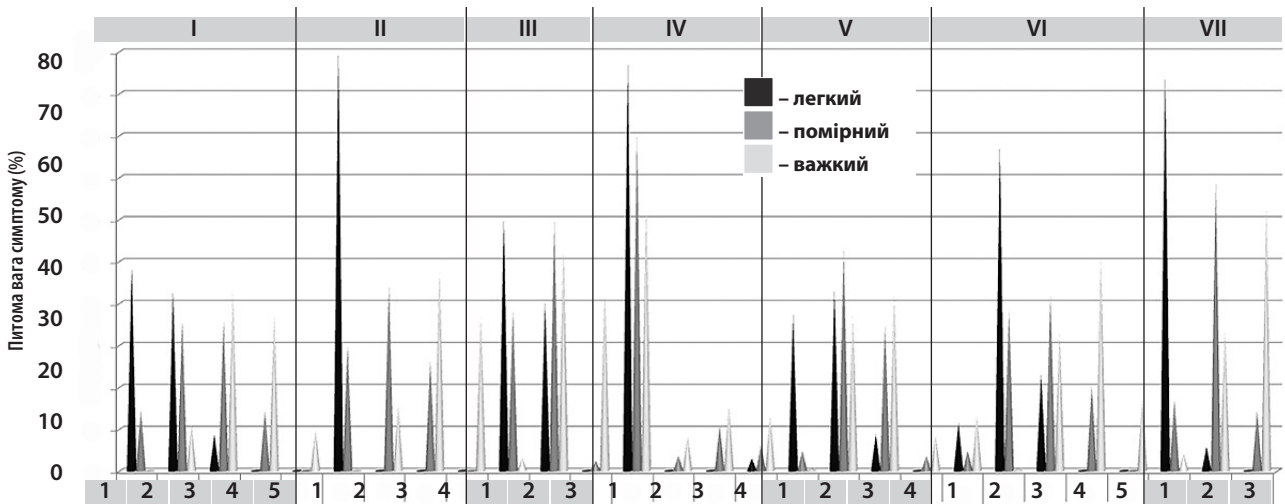
- **уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції** не виявлено в осіб із легким рівнем і відзначено у 20,2% пацієнтів із помірним та у 98,4% – з важким стресом ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);
- **стан абстиненції** не виявлено у хворих із легким рівнем переживання стресу, натомість, виявлено у 33,0% обстежених з помірним та у всіх – з важким рівнем стресового навантаження ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);
- **звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються**, не виявлене у хворих з легкою та помірною формами стресового реагування і було наявне у 97,9% пацієнтів із високим рівнем стресової дезадаптації ($p > 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);
- **прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм по-**

водження або інтересів не виявлено в обстежених із легким та помірним рівнями психосоціального стресу, і наявне у 53,4% хворих із високим рівнем стресового навантаження ($p > 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);

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

Таким чином, одержані дані дозволяють стверджувати, що ступінь вразливості від психосоціального стресу та реагування на нього є провідним чинником у визначенні клінічного аранжування АЗ. Фактори участі у бойових діях та вимушеного переміщення також мають певне значення, але їхній вплив на змістовність і вираженість клінічної симптоматики АЗ є меншим.

Дані, що підтверджують дану тезу, були отримані нами під час аналізу показників



I. Форма вживання алкоголю	1. Переважання односторонніх ексцесів
	2. Псевдозапої
	3. Постійне вживання на тлі високої толерантності
	4. Постійне вживання на тлі низької толерантності
	5. Істинні запої
II. Переважаючий компонент у структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	1. Ідеаторний (ситуаційно обумовлений)
	2. Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів)
	3. Спонтанний усвідомлюваний (без боротьби мотивів)
	4. Спонтанний, компульсивний
III. Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	1. Часткова втрата кількісного контролю
	2. Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози)
	3. Втрата ситуаційного контролю
IV. Динаміка клінічних проявів сп'яніння	1. Без зміни
	2. Істерична, дисфорична, експлозивна форми
	3. Депресивна із тривожним афектом
	4. Агресивна форма із руховим збудженням

V. Супутні захворювання	1. Відсутні
	2. Серцево-судинної системи
	3. Травної системи
	4. Дихальної системи
	5. Центральної нервової системи (ЧМТ в анамнезі включно)
VI. Стан відміни	1. 0–9 балів – дуже помірний абстинентний синдром
	2. 10–15 балів – легкий абстинентний синдром
	3. 16–20 балів – помірний абстинентний синдром
	4. 21–67 балів – тяжкий абстинентний синдром
VII. Наявність алкогольної анозогнозії	1. Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ
	2. Формальне заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ
	3. Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ

Рис. 5. Особливості клінічної варіативності АЗ залежно від рівня психосоціального стресу

за шкалою SADQ із урахуванням соціальної групи та рівня психосоціального стресу (рис. 3).

При цьому було виявлено, що в цілому показник за шкалою SADQ був вищим у комбатантів (43,48±9,17 б.) і дещо меншим – у переселенців (41,04±13,18 б.), розбіжності між показниками були статистично не значущими (p>0,05), а найнижчим виявився цей показник у місцевих мешканців – 35,49±16,02 б. Розбіжності у порівнянні показників комбатантів і місцевих мешканців, а також переселенців і місцевих мешканців були статистично значущі (p<0,01).

Суттєвіші відмінності було виявлено, коли аналіз показників за шкалою SADQ проводився у розрізі вираженості психосоціального стресу. Так, середній показник у хворих з легким рівнем психосоціального стресу склав 9,14±6,03 б., з помірним рівнем – 36,89±5,40 б., з високим рівнем – 46,65±7,62 б. Розбіжності були статистично значущими при порівнянні всіх груп (p<0,01).

Дослідження особливостей перебігу й клінічної варіативності АЗ в розрізі соціальних груп та рівня психосоціального стресу остаточно довело існування виявленої закономірності. Аналіз особливостей перебігу АЗ в різних соціальних групах дав таку картину (табл. 3, рис. 4).

Як видно з табл. 3 та рис. 4, суттєвих відмінностей між формою вживання алкоголю у різних соціальних групах не виявлено; більш важкі і більш м'які форми вживання дещо більш поширені серед місцевих мешканців; помірні форми (постійне вживання на тлі високої толерантності) притаманніші комбатантам, однак розбіжності були статистично незначущими.

У місцевих мешканців, порівняно з іншими, переважав ідеаторний (ситуаційно обумовлений) компонент у структурі первинного патологічного потягу до алкоголю: 28,4% проти 9,3% у комбатантів та 19,1% у переселенців, порівняння з цими групами виявляє статистично значущі розбіжності (p<0,01); також

Таблиця 4

Розподіл обстежених груп з різним рівнем психосоціального стресу за особливостями перебігу АЗ

Фактори	Варіації	Рівень психосоціального стресу						Рівень статистичної значущості розбіжностей		
		легкий		помірний		важкий		p 1-2	p 1-3	p 2-3
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Форма вживання алкоголю	Переважає односторонні ексцеси	17	48,60	12	14,30	-	-	<0,01	<0,01	<0,01
	Псевдозапії	15	42,90	30	35,70	21	10,90	>0,05	<0,01	<0,01
	Постійне вживання на тлі високої толерантності	3	8,60	31	36,90	82	42,50	<0,01	<0,01	>0,05
	Постійне вживання на тлі низької толерантності	-	-	12	14,30	71	36,80	<0,05	<0,01	<0,01
	Істинні запії	-	-	-	-	19	9,80	>0,05	<0,01	<0,01
Переважає компонент в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю	Ідеаторний (ситуаційно обумовлений)	35	100,00	25	29,80	-	-	<0,01	>0,05	<0,01
	Спонтанний усвідомлюваний (з боротьбою мотивів)	-	-	37	44,00	30	15,50	<0,01	<0,01	<0,01
	Спонтанний неусвідомлюваний (без боротьби мотивів)	-	-	22	26,20	92	47,70	<0,01	<0,01	<0,01
	Спонтанний, компульсивний	-	-	-	-	71	36,80	>0,05	<0,01	<0,01
Особливості патологічного потягу в стані сп'яніння	Часткова втрата кількісного контролю	21	60,00	32	38,10	6	3,10	<0,05	<0,01	<0,01
	Втрата кількісного контролю (симптом критичної дози)	14	40,00	50	59,50	104	53,90	<0,05	>0,05	>0,05
	Втрата ситуаційного контролю	-	-	2	2,40	83	43,00	>0,05	<0,01	<0,01
Динаміка клінічних проявів сп'яніння	Без зміни	34	97,10	67	79,80	122	63,20	<0,01	<0,01	<0,01
	Істерична, дисфорична, експлозивна форми	-	-	3	3,60	16	8,30	>0,05	>0,05	>0,05
	Депресивна із тривожним афектом	-	-	9	10,70	30	15,50	>0,05	<0,05	>0,05
	Агресивна форма із руховим збудженням	1	2,90	5	6,00	25	13,00	>0,05	>0,05	>0,05
Супутні захворювання	Відсутні	13	37,10	4	4,80	1	0,50	<0,01	<0,01	<0,05
	Серцево-судинної системи	15	42,90	44	52,40	71	36,80	>0,05	>0,05	<0,05
	Травної системи	3	8,60	29	34,50	80	41,50	<0,01	<0,01	>0,05
	Дихальної системи	-	-	3	3,60	16	8,30	>0,05	>0,05	>0,05
	Центральної нервової системи (ЧМТ** в анамнезі включно)	4	11,40	4	4,80	25	13,00	>0,05	>0,05	<0,05
Стан відміни (за шкалою СІВА-Аг)	0-9 балів - дуже помірний абстинентний синдром	27	77,10	32	38,10	1	0,50	<0,01	<0,01	<0,01
	10-15 балів - легкий абстинентний синдром	8	22,90	35	41,70	63	32,60	<0,05	>0,05	>0,05
	16-20 балів - помірний абстинентний синдром	-	-	17	20,20	97	50,30	<0,01	<0,01	<0,01
	21-67 балів - тяжкий абстинентний синдром	-	-	-	-	32	16,60	>0,05	<0,01	<0,01
Наявність алкогольної анозогнозії	Усвідомлення наявності шкідливих наслідків АЗ	33	94,30	14	16,70	8	4,10	<0,01	<0,01	<0,01
	Формальне незаперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	2	5,70	58	69,00	64	33,20	<0,01	<0,01	<0,01
	Заперечення наявності шкідливих наслідків АЗ	-	-	12	14,30	121	62,70	<0,05	<0,01	<0,01

Примітки:

* Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп:

- p 1-2 - легкого та помірної стресу;

- p 1-3 - легкого та важкого стресу;

- p 2-3 - помірної та важкого стресу.

** ЧМТ - черепно-мозкова травма

суттєві відмінності виявляє порівняння груп комбатантів та переселенців ($p < 0,05$). У комбатантів частіше проявлявся спонтанний, компульсивний компонент (31,8% проти 19,1% та 17,2% відповідно) ($p < 0,05$); невідповідність між переселенцями та місцевими була статистично не значущою. Відсутні також істотні відмінності між різними соціальними групами за особливостями патологічного потягу в стані сп'яніння. У комбатантів набагато частіше порівняно з місцевими спостерігалася відсутність змін у динаміці клінічних проявів сп'яніння (63,6% проти 77,6%, $p < 0,05$), з переселенцями не суттєві (73,0%, $p > 0,05$); за рештою варіантів динаміки відмінності між групами статистично не значущі ($p > 0,05$). Також у різних соціальних групах помітно не відрізнялася поширеність різних форм супутньої соматичної патології. У комбатантів менш поширеними були дуже легкі форми абстинентного синдрому (13,1% проти 18,0% у переселенців та 25,9% у місцевих, порівняння з місцевими виявило розбіжності – $p < 0,05$). У комбатантів також значно частіше виявлялися ознаки анозогнозії у вигляді заперечення наявності шкідливих наслідків залежності – 49,5% проти 44,9% у переселенців та 34,5% у місцевих, розбіжності значущі у випадку порівняння груп комбатантів та місцевих ($p < 0,05$).

Значно суттєвіші відмінності дає аналіз особливостей споживання алкоголю в контексті ступенів психосоціального стресу (табл. 4, рис. 5).

Як видно з табл. 4 та рис. 5, легкий ступінь психосоціального стресу значуще частіше дає більш легкі клінічні прояви споживання алкоголю, але з посиленням важкості стресу виявлялася тенденція до переважаючого більш важкого клінічного аранжування АЗ. Вельми показовою виявилася тенденція до втрати кількісного, і особливо – ситуаційного, контролю зі зростанням важкості психосоціального стресу. Хворим з легким стресом була притаманна відсутність динаміки клінічних проявів сп'яніння і менша ураженість супутньою соматичною патологією. З посиленням важкості психосоціального стресу збільшувалися також прояви абстинентного синдрому; особливо вираженою ця тенденція була для дуже помірного, помірного та важкого ступеня вираженості абстинентного синдрому. Також виявлено чітку закономірність щодо збільшення проявів алкогольної анозогнозії зі зростанням важкості психосоціального стресу.

■ **Отже, у пацієнтів з легким рівнем психосоціального стресу в клініко-психопатологічній картині АЗ переважали ($p < 0,01$):**

- одноденні ексцеси (48,6%) або псевдозапої (42,9%);
- ситуаційний первинний потяг до алкоголю, який виникав періодично, частіше провокувався зовнішніми факторами (100%);
- сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь, що проявлялося вторинним потягом, який виникав після будь-якої дози спиртного, з частковою втратою кількісного контролю (60,0%) або симптомом критичної дози (40,0%);
- відсутність патологічної динаміки клінічних проявів стану сп'яніння (97,1%).

Характерною рисою клінічної картини АЗ, притаманної даній категорії хворих, була відсутність клінічно окресленого синдрому відміни та усвідомлення шкідливих наслідків залежності від алкоголю.

■ **У пацієнтів з помірним рівнем стресового навантаження визначальними були:**

- первинний потяг до алкоголю виникав незалежно від провокуючої дії зовнішніх чинників (44,0%) або носив характер внутрішньої неусвідомленої потреби (26,2%);
- споживання здійснювалося у формі псевдозапоїв (35,7%) або постійного вживання на тлі високої толерантності (36,9%); характерним було порушення здатності кількісного контролю з частковою (38,1%) або повною його втратою (59,5%), а також звуження репертуару вживання алкоголю, втрата значення таких чинників, як місце, час та оточення під час його вживання;
- прояви соматичної шкоди (ускладнення з боку серцево-судинної системи – 52,4%, травневої – 34,5%);
- наявний нетяжкий стан відміни; переважна кількість частково визнавала та формально не заперечувала наявність в них шкідливих наслідків зловживання алкоголем ($p < 0,01$).

■ **В осіб з високим рівнем стресового навантаження спостерігалися ($p < 0,01$):**

- постійне вживання алкоголю на тлі високої (42,5%) або низької (36,8%) толерантності;
- спонтанний, без боротьби мотивів (47,7%), або компульсивний первинний патологічний потяг до алкоголю (36,8%);
- втрата кількісного (53,9%) або ситуаційного (43,0%) контролю в стані сп'яніння зі зміною його форми: зміна форми сп'яніння з депресивним й тривожним компонентом була характерною для 15,5% пацієнтів, раніше невластива агресія у сполученні з руховою активністю у стані сп'яніння виявилася притаманною 13,0%

хворих (психопатоподібна поведінка проявлялася вибуховістю, експлозивністю, схильністю до невмотивованої агресії, асоціальним учинкам), сп'яніння із рисами поліморфної симптоматики дисфорично-експлозивного компоненту спостерігалось у 8,3% хворих.

Також у даній категорії обстежених відзначалися:

- 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 очевидних шкідливих соматичних, психічних (афективних та когнітивних) наслідків цього: сполучення афективного сплюснення й байдужності до навколишнього середовища та виражені сомато-вегетативні прояви (ураження серцево-судинної, травної, нервової та дихальної систем – 100%).

Висновки

Дослідження дозволило виявити важливі закономірності щодо асоційованості алкоголізації та психосоціального стресу:

- 1) фактор важкості психосоціального стресу найбільшою мірою впливає на перебіг та клінічне аранжування АЗ;

- 2) фактор участі у бойових діях та фактор вимушеного переселення можуть розглядатися як актуальні чинники алкоголізації;

- 3) фактор наявності психотравматичного досвіду сам по собі, не асоційований із вираженим реагуванням на стресову подію, не справляє суттєвого впливу на показники вираженості розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю.

Таким чином, ключовим фактором, що визначає важливі особливості споживання алкоголю, є вираженість психосоціального стресу. Приналежність до певної соціальної групи (комбатанти, переселенці, місцеві мешканці) має другорядне значення.

Література

1. Соціальний стрес і його медико-психологічні наслідки / Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): колективна монограф. за ред. проф. П. В. Волошина, проф. Н. О. Марути. – Харків: Видаець Д. В. Строков, 2016. – С. 5–22.

2. Spanagel R. Stress and alcohol interactions: animal studies and clinical significance / R. Spanagel, H. R. Noori, M. Heilig // Trends in neurosciences. – 2014. – Vol. 37 (4). – P. 219–227.

3. Stress and Alcohol: Epidemiologic Evidence / K. M. Keyes, M. L. Hatzenbuehler, B. F. Grant, D. S. Hasin // Alcohol Res. – 2012. – Vol. 34 (4). – P. 391–400.

4. Sinha R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse / R. Sinha // Psychopharmacology. – 2002. – Vol. 158. – P. 343–359.

5. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, І. О. Явдак, Л. В. Малюта // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 2 (95). – С. 68–71.

6. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів / М. М. Денисенко, Р. В. Лякинський, Л. Ф. Шестопалова, І. В. Лінський // Укр. вісн. психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 2 (91). – С. 40–44.

7. 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.

8. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти / К. Д. Гапонов // Укр. вісн. психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 54–60.

9. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу / К. Д. Гапонов // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 104–109.

10. 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.

11. Assessment of the alcohol withdrawal syndrome - validity and reliability of the translated and modified Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A) / C. H. Stuppaeck, C. Barnas [et al.] // Addiction. – 1994. – Vol. 89. – P. 1287–1292.

12. 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.

13. Корнацький В. М. Оцінка психосоціальних чинників ризику хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги: метод. рек. / В. М. Корнацький, М. В. Маркова. – К., 2007. – 12 с.

14. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.

15. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.