

# Депресивні та тривожні розлади при зловживанні алкоголем військовослужбовцями, які прийняли безпосередню участь у бойових діях (комбатантами)

**О.К. Напрєєнко**

професор

**Н.Ю. Напрєєнко**

доцент

Національний медичний  
університет імені

О.О. Богомольця

«Якщо порівняти з американським досвідом, то багато людей знає, що під час в'єтнамської війни загинуло 58 тисяч американських солдатів. А от, що протягом десяти років в мирний час ще 62 тисячі американських солдатів покінчили життя самогубством – це мало хто знає. Як власне й те, що 50% ветеранів сиділи в тюрмах за статтю про перевищення агресії. Наше завдання сьогодні – дати шанс і можливість усім тим, хто повертається з війни, відновити свій психічний стан і стати значно кращими».

*Ольга Богомолець, народний депутат України, лікар  
(Прес-служба МОЗ України, 14.05.2015)*

## Актуальність проблеми

Американськими дослідниками встановлено, що половина військовослужбовців національної гвардії США, які повернулися із зон бойових дій, страждає на психічні розлади. Згідно звіту, що складений консультативною групою армії США по психічному здоров'ю в 2007 році, 28% комбатантів мали клінічні ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За даними інших джерел, ПТСР складає від 10% до 50% психопатологічних наслідків війн. За інформацією «U.S. Army military News»,<sup>1</sup> у

2009 році третьою за частотою серед причин смерті діючих комбатантів було самогубство. При цьому, близько 70% суїцидальних дій пов'язані з проблемами міжособистісних відносин бувших військовослужбовців із оточуючими після повернення із зони бойових дій. І саме це є особистісно значущим чинником і тим фактором, який зумовлює втрати громадського здоров'я.

Згідно досліджень Л.Н. Юрієвої (2006), що проведені в Україні, військовослужбовців відносять до професійних і соціальних груп суїцидального ризику. Це пов'язано з небезпечним, виснажливим характером їх трудової діяльності та виникаючим у наслідок цього синдромом хронічної втоми, а також недостатньою соціальною захищеністю цих осіб.

Слід зазначити, що, в цілому, найбільш поширеними психопатологічними причинами самогубства є депресія та зловживання алкоголем, поруч із маяченням, галюцинаціями, кататонією, інтенсивними болями, дістресами, розладами особистості, а також реакцією особистості на захворювання і порушення міжособистісних відносин (Напрєєнко О.К. і співавт., 2013).

За даними групи експертів під керівництвом І.М. Hunt (2006), у другій половині XX століття самогубства вийшли на третє місце (після серцево-судинних і онкологічних захворювань) серед причин смерті.



<sup>1</sup><https://www.army.mil/news>. Прим. авт.

На тлі широкого використання сучасних методів терапії хворобливих наслідків зловживання алкоголем, його поширеність у світі зростає, а від 60 до 75% пацієнтів із алкогольною залежністю впродовж року мають рецидив захворювання (Напреєнко О.К. та ін., 2011; Гапонов К.Д., 2012; Петрина Н.Ю., 2013; Напреєнко Н.Ю., 2015).

За походженням, депресивні та тривожні розлади (ДТР) при зловживанні алкоголем є поліморфною групою станів, які мають різний клінічний прогноз (Сайков Д.В., Сосин І.К., 2004; Напреєнко О.К. і співавт., 2013). Інтегральним фактором серед причин негативного прогнозу щодо проблем, які асоційовані з алкоголізацією, є неблагополучна особистісна адаптація пацієнта до тверезого образу життя, що призводить до проявів невротичної тривоги та депресії (F43.20; F43.21 за МКХ-10), а в подальшому – й до змішаних розладів емоцій та поведінки (F43.25) (Постнов В.В., 2003).

Крім того, існує переконлива статистична інформація про надзвичайну поширеність соматичних і неврологічних захворювань, виникнення та розвиток яких пов'язані зі зловживанням алкоголем, а також щодо значних додаткових економічних витрат на лікування цих пацієнтів (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2011).

Вищезазначеним визначається надзвичайно висока актуальність проблеми афективних розладів, що асоційовані зі зловживанням алкоголем комбатантами.

### **Мета, матеріал і дизайн дослідження**

З метою вивчення причин, закономірностей формування, клінічної структури та причинно-наслідкових відносин депресії та тривоги із вживанням алкоголю із шкідливими наслідками (ВАШН, F10.1 за МКХ-10) і алкогольною залежністю (АЗ, F10.2, відповідно) в комбатантів та удосконалення критеріїв їх діагностики нами обстежено 273 чоловіків-комбатантів із ДТР. Діагностичний комплекс об'єднав клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичні (скринінг-шкала AUDIT – виявлення осіб, які зловживають алкоголем; шкала Ч.Д. Спілбергера / Ю.Л. Ханіна – для оцінки рівня особистісної тривожності та реактивної (ситуативної) тривоги; стандартизована шкала депресії Гамільтона, методика К. Леонгарда / Г. Шмішека – з метою вивчення акцентуацій характеру), загальні клінічні та лабораторні, за показаннями – апаратні нейрофізіологічні (електроенцефалографія, магнітно-резонансна томографія головного мозку та внутрішніх органів) обстеження, призначені лікарями-інтерністами спеціальні соматичні та неврологічні, а також – статистичний методи дослідження.

Основну дослідницьку групу (ОГ) склали 225 осіб, в яких ТДР були коморбідні зі зловживанням алкоголем у формі ВАШН або АЗ. Ця група була поділена на ОГ №1 – 65 чоловіків віком від 24 до 53 років (середній вік –

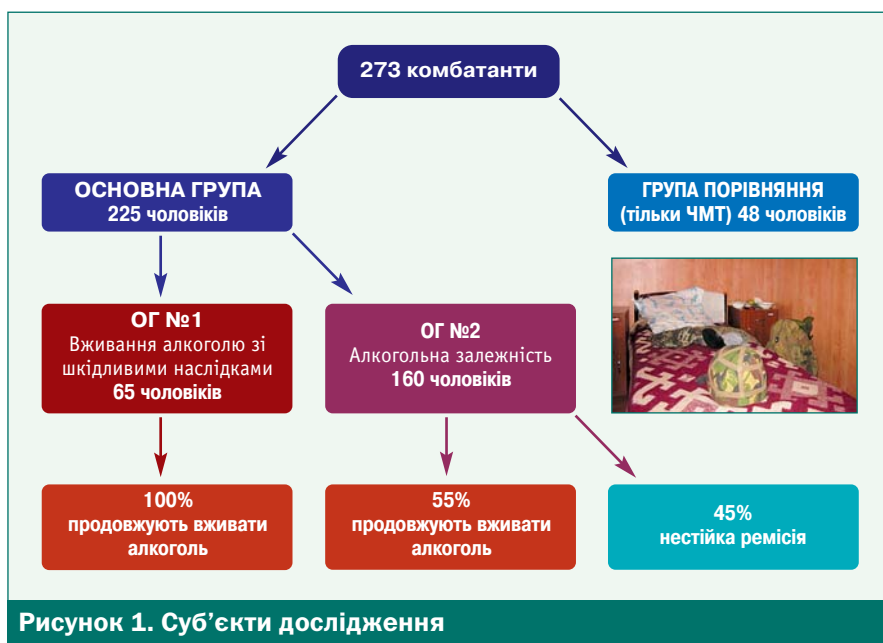
31,5±12,5 роки), які вживають алкоголь із шкідливими наслідками (останні включають тривогу та депресію), і ОГ №2 – 160 хворих чоловічої статі віком від 22 до 56 років (середній вік – 41,5±16,5) із залежністю від алкоголю та тривожними і депресивними розладами. Групу порівняння (ГП) було представлено 48 чоловіками-комбатантами з наслідками черепно-мозкових травм за відсутності зловживання алкоголем (рисунк 1). За віковим цензом між групами суттєвих відмінностей не було ( $p \geq 0,05$ ).

**Дизайн дослідження** включив 5 етапів (рисунк 2):

► **скринінгу** (7 днів), під час якого здійснюється підбір пацієнтів, підписання інформованої згоди на психіатричну допомогу, попередня оцінка їх психічного, соматичного і неврологічного статусу, попередня терапія (підбір препаратів, їх доз і орієнтовної тривалості терапії), встановлення попереднього діагнозу за критеріями МКХ-10

► **включення пацієнтів у дослідження** з детальним клініко-психопатологічним, лабораторним, нейрофізіологічним і психодіагностичним обстеженням і визначенням специфічних ознак коморбідності ТДР і ВАШН/АЗ, що притаманні даній категорії комбатантів, визначенням нозологічної приналежності наявних розладів і синдромокінезу (3–7 днів)

► **рандомізації** – розподіл пацієнтів на групи у відповідності із результатами обстеження та схемою терапії (1 день)



**Рисунк 1. Суб'єкти дослідження**



► лікування та реабілітації пацієнтів згідно встановлених мішеней терапевтичного впливу з оцінкою їх психічного і сомато-неврологічного стану, а також – психосоціального функціонування на 21, 42 і 180-й дні отримання медичної допомоги

► катамнестичного спостереження – оцінка якості й тривалості ремісії та рівня психосоціального функціонування (6–24 місяці).



Скринінг	7 днів
Етап включення пацієнтів у дослідження	3–7 днів
Рандомізація	1 день
Лікування та реабілітація	6–24 місяці
Катамнестичне спостереження	6–24 місяці



**Рисунок 2. Дизайн дослідження**

## Результати дослідження

У всіх обстежених ОГ виявлено цілу гаму медичних, психологічних і соціальних негараздів, які за достатньої тривалості патогенної ситуації (продовження перебування в зоні збройного конфлікту, особливо понад 3 місяці, або наявність зумовлених війною переживань комбатанта) залишаються надзвичайно актуальними й після повернення в мирне життя – деякі хворі говорили про це так: «Війна прийшла до дому». Ці чинники об'єднані в так зване хибне коло, за якого традиційні форми поведінки в мікрооточенні та/або конфліктні життєві обставини стали мотивом до частого вживання алкоголю. Це послужило першопричиною виникнення депресивних і тривожних розладів або зумовило посилення зазначених вище вже існуючих психогенних, ендогенних чи цереброорганічних афективних порушень. Вказане коло включає також соматичну складову (пов'язані з алкоголізацією внутрішні захворювання) та негативні соціальні наслідки (критика з боку оточуючих, порушення сімейних і виробничих стосунків, нерідко – асоціальна поведінка (частіше – «стан постійної війни з оточуючими», рідше – делінквентність), сурогатні форми адаптації у вигляді нехімічних адикцій – гемблінг, трудоволізм, проміскуїтет, псевдодоуховні пошуки тощо).

Серед предикторів розладів, що розглядаються, нами вивчено такі соціально-демографічні фактори, як рівень освіти, соціально-трудова дезадаптація та порушення сімейного статусу, які за наявності в анамнезі психогенно-травмуючих ситуацій, спричинених перебуванням в зоні бойових

дій або після повернення до дому, сприяли виникненню або загостренню існуючих в комбатантів до перебування в зоні АТО психогенних, цереброорганічних, ендогенних або змішаних за походженням ТДР та коморбідних їм ВАШН і АЗ.

За рівнем отриманої освіти пацієнти розподілилися наступним чином: незакінчена середня освіта була у 13,1% обстежених, середня – у 26,9%, середня спеціальна – у 32,4%, незакінчена вища – у 11,3%, вища – у 16,3%, що вірогідно вказує на низький рівень освіти, як один із предикторів алкогольної залежності ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 13,277$ ).

На момент проведення дослідження тимчасово або тривало не працювали 48,8% осіб, 24,3% були зайняті на сезонних роботах, 13,1% постійно працювали на невідповідних отриманій освіті роботах низької кваліфікації. Серед пацієнтів із середньою спеціальною освітою лише 60,0% осіб працювали за фахом, а із незакінченою вищою та вищою освітою – лише 13,8%. Отже, трудова дезадаптація є достовірно виявленим предиктором як зловживання алкоголем, так і ТДР ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 11,345$ ).

Вивчення сімейного статусу показало: одружених було 46,8% (з них 24,0% перебували у повторному шлюбі), розлучених – 33,8%, самотніх – 19,4% ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 9,21$ ). Це вказує на доцільність більш поглибленого вивчення причинно-наслідкових відношень особливостей сімейних стосунків і варіантів взаємозалежності депресія - алкогольна залежність. При цьому слід зазначити, що сімейне положення має деякий можливий зв'язок із алкоголізацією. Проте,





можна припустити, що саме одружені пацієнти із АЗ за ініціативою рідних частіше потрапляли в поле зору лікарів, тоді як розлучені та самотні хворі зверталися по медичну допомогу значно рідше.

На наявність психогенно травмуючих життєвих обставин вказували всі обстежені пацієнти, при цьому насамперед – на ретроспективні переживання пережитих подій у зоні військових дій. Однак при поглибленому вивченні причин психічної травматизації було встановлено, що в хворих ОГ, у порівнянні з ГП, вірогідно частіше виявлялася наявність сімейних та інших побутових конфліктів: в 1-й з груп – у 162 (72,0%), в 2-й групі – у 11 (22,9%) хворих ( $p < 0,05$ ). Ці конфлікти в ОГ, в першу чергу, стосувалися міжособистісних стосунків у мікрооточенні, недовіри останнього до перспективи припинення комбатантом зловживання алкоголем, а через це – й побоювання близьких щодо продовження неблагополучних сімейних і виробничих стосунків.

Пацієнти ОГ у більшості випадків висували скарги, представлені на рисунку 3. Симптоматику соматичного характеру хворі зазвичай трактували як прояви внутрішніх захворювань, що насправді в більшості випадків «маскувало», тривожну і депресивну психопатологію, яку було виявлено при ретельному обстеженні за допомогою шкал Спільбергера-Ханіна та Гамільтона (дивись нижче).

Скарги хворих ГП помітно відрізнялися: більшість з них відмічали стійке внутрішнє емоційне напруження та знижений настрій (у всіх пацієнтів), інтенсивні головні болі, що загострювалися при різких змінах мете-

орологічних умов, турбували 43 (89,6%) хворих, надмірна втомлюваність і знижена працездатність – 40 (83,3%), запаморочення та інші вегетативно-судинні порушення, особливо також при перепадах метеорологічних умов – 36 (75,0%), труднощі при концентрації уваги та при запам'ятовуванні – 32 (66,7%), порушення координації рухів – 21 (43,8%), часті неприємні мігруючі відчуття в різних ділянках тіла – 9 (18,8%), безпідставне почуття провини та занижену самооцінку – 4 (8,3%), інсомнія із частими пробудженнями та сонливістю впродовж дня – 4 (8,3%) хворих, відповідно.

Вищезазначені симптоми в ОГ мали й певні якісні відмінності від таких, як при ТДР, що не асоційовані з перебуванням у зоні АТО, так само, як і в порівнянні з такими в ГП. Так, наприклад, у почутті провини обстежених з ОГ домінувало прагнення звинувачувати у своїх проблемах оточуючих людей і зовнішні життєві обставини. Це свідчить про дезадаптивний спосіб їх психологічного захисту та намагання виправдати продовження алкоголізації й покладання відповідальності за можливі чи вже наявні негативні наслідки зловживання спиртним на інших. За наявності ВАШН (ОГ №1) майже завжди спостерігалось небажання виз-

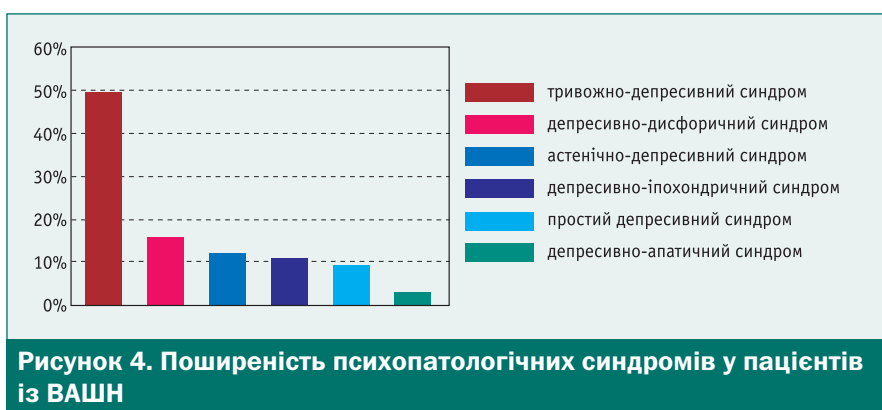
нати себе хворим, нерозуміння негативних наслідків вживання алкоголю для власних соціальних стосунків і здоров'я, відсутність установки на одужання, що посилюється в процесі трансформації даної алкогольної проблеми в синдром АЗ. Натомість почуття провини комбатанти ГП асоціюють із зниженням власних соціальних можливостей через черепно-мозкову травму, що, в свою чергу, погіршує перебіг ТДР.

Аналіз причин ухиляння комбатантів із алкогольними проблемами від спеціалізованої медичної допомоги виявив також побоювання, що звернення до психіатра-нарколога призведе до «дискримінації» у суспільстві, в них з'являться професійні обмеження (наприклад, неможливість отримати водійське посвідчення чи користуватися ним, зареєструвати зброю, бути допущеними до державної таємниці і, відповідно, обіймати керівні посади тощо), виникнуть «соціальні утиснення» (втрата батьківських прав, неможливість усиновити дитину та ін.). Усе це вказує на необхідність удосконалення існуючої системи психіатрично-наркологічної допомоги.

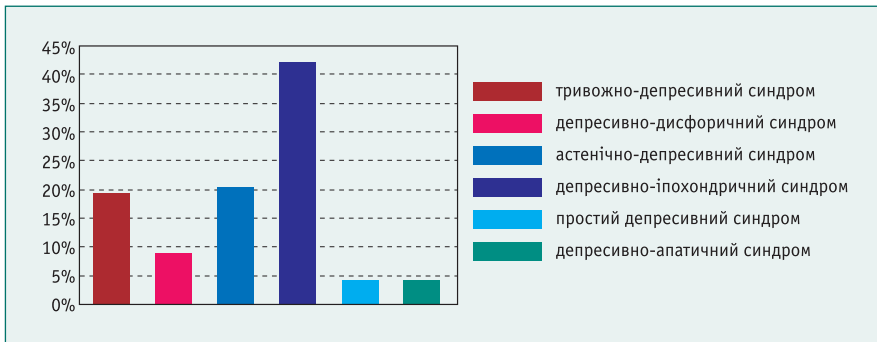
При ВАШН ми діагностували основні психопатологічні синдроми, що зображені на рисунку 4.



**Рисунок 3. Основні скарги комбатантів**



**Рисунок 4. Поширеність психопатологічних синдромів у пацієнтів із ВАШН**



**Рисунок 5. Поширеність психопатологічних синдромів у пацієнтів із АЗ**



**Рисунок 6. Порівняння ступенів важкості депресії у хворих ОГ та ГП за шкалою депресії Гамільтона**



На рисунку 5 представлено розподіл психопатологічних синдромів серед пацієнтів із АЗ.

У пацієнтів із ВАШН вказані афективні розлади були менш виразні, ніж у хворих із АЗ. З них 46 (79,3%) досі не лікувалися ні з приводу зловживання алкоголем, ні від ДТР. В інших 9 (20,7%) спостерігалася тера-

певтична резистентність, зумовлена, на нашу думку, відсутністю комплексного персоналізованого підходу до лікування, спрямованого на усунення всіх компонентів означеного вище «хибного кола» та описаних вище предикторів – як ВАШН, так і АЗ.

На підставі вищесказаного була підтверджена гіпотеза про те, що при неефективній

терапії або відсутності лікування, за збереження патогенних впливів, ВАШН має тенденцію до трансформації у синдром алкогольної залежності і часто є передвісником останнього. Вищевказані клініко-психопатологічні і психологічні відмінності мають бути враховані при виявленні причин психічної патології, що вивчається, і проведенні диференційної діагностики між тривожними і депресивними розладами, спричиненими зловживанням алкоголем, з одного боку, та викликаними черепно-мозковою травмою, з другого, в осіб, задіяних у бойових діях.

Клінічна структура відхилень психічного стану комбатантів достатньо широка: від різновиду розладу адаптації під назвою бойова стресова реакція так званої бойової втоми до посттравматичного стресового розладу та реактивних станів.

При кількісній оцінці тривожних розладів за методикою Спілбергера-Ханіна, в більшості, а саме – у 159 (70,7%) комбатантів із ОГ виявлено високий рівень особистісної тривожності, який дорівнював  $67,4 \pm 0,2$  бала, і у всіх цих хворих зареєстровано високий рівень ситуативної тривоги –  $69,3 \pm 0,2$  бала. В ОГ особистісна схильність до виникнення тривоги вірогідно більша, ніж у ГП ( $p < 0,05$ ), що, на нашу думку, значною мірою пояснює більшу частоту як зловживання алкоголем, так і ДТР у ОГ.

Сумарний показник за шкалою депресії Гамільтона (рисунок 6) у пацієнтів ОГ становив  $17,1 \pm 0,11$  бала. При цьому, депресія була легкою ступеня в 88 (39,1%) пацієнтів, помірної виразності – у 97 (43,1%) і тяжкою – в 40 (17,8%) хворих. В ГП кількість пацієнтів з легкою депресією є вірогідно ( $p < 0,005$ ) меншою – в 9 (22,9%) випадків, помірною виявлялася частіше – у 36 (66,7%) і тяжкою – в 5 (10,4%) осіб (рисунок 6). Таким чином, при потужних ЧМТ спостерігається більш тяжка депресія, яка можливо зменшує ймовірність зловживання алкоголем внаслідок відсутності відповідної мотивації, низької толерантності до спиртного та складностей у доступі до нього через більш тяжкий сомато-неврологічний стан.

Аналіз конституційно-типологічних особливостей, проведений за допомогою методики К. Леонгарда / Г. Шмішека, показав, що в ОГ хворих з циклотимною акцентуацією було 57 (25,3%) з них, збудливі риси характеру були вираженими у 50 (22,2%),

демонстративними були 42 (18,7%) пацієнти, а інші типи акцентуації спостерігалися поодинокі. Серед комбатантів з ГП із застругаючими рисами було 13 (27,1%) осіб, з педантичною акцентуацією – 11 (22,2%), з циклотимною – 5 (10,4%).

В ОГ виявлені переважно наступні терапевтичні недуги: алкогольне ураження печінки – у 31 (38,8%) обстежених, алкогольна міокардіодистрофія – у 27 (33,0%), хронічний гастрит – у 17 (21,3%), хронічний панкреатит – у 14 (17,5%) і хронічні захворювання органів дихання – в 7 (8,8%) суб'єктів. Серед пацієнтів ГП переважали хронічний гастрит – у 5 (16,7%) та хронічна патологія органів дихання – в 2 (6,7%) осіб. Інші захворювання внутрішніх органів були виявлені поодинокі. Порівняно більша кількість терапевтично хворих в ОГ свідчить про те, що систематична алкоголізація є чинником ризику виникнення соматичних захворювань та участі останніх у формуванні «замкненого кола» патології в даного контингенту населення.

На нашу думку, вищезазначені психодігностичні методики мають входити до діагностичного комплексу, оскільки вони є об'єктивними критеріями динаміки ДТР, що зумовлені алкоголізацією. Диференційна діагностика щодо пацієнтів із симптомами виразної депресії та тривоги має бути спрямована на виявлення ендогенного характеру психопатології з дисфоричним варіантом симптоматики, а також – терапевтичної резистентності, наявності ауто- та гетероагресивних тенденцій, психотичних симптомів, що має визначальне значення для призначення ним диференційованого лікування, у тому числі – режиму утримання та нагляду.

Важливим при наданні допомоги даному контингенту хворих є дотримання запропонованих нами спільно з К.М. Логановським (2017) та разом з його співробітниками (Логановський К.М. і співавт., 2017) загальних організаційних принципів допомоги комбатантам, біженцям і вимушеним переселенцям.

## **Висновки**

1. Проблема депресивних і тривожних розладів, які виникають на тлі зловживання алкоголем комбатантами, в Україні є актуальною.
2. Походження цих розладів обумовлено формуванням так званого хибного кола, що включає психопатологічну, негативні соціальну та сомато-неврологічну складові. Предикторами розвитку ТДР у цих осіб є також наявність певних типів виразної акцентуації особистості.
3. Клінічна структура відхилень психічного стану комбатантів достатньо широка: від різновиду розладу адаптації під назвою бойова стресова реакція так званої бойової втоми до посттравматичного стресового розладу та реактивних станів. За наявності систематичної алкоголізації в значній кількості цих осіб виявляються депресивні та тривожні розлади, що знаходяться в різноманітних причинно-наслідкових відношеннях із вживанням алкоголю із шкідливими наслідками або алкогольною залежністю.
4. При неефективній терапії або відсутності лікування за збереження патогенних впливів, вживання алкоголю за шкідливими наслідками має тенденцію до трансформації в синдром алкогольної залежності і часто є передвісником останнього.
5. Вищезазначені психодігностичні методики мають входити до діагностичного комплексу, оскільки вони є об'єктивними критеріями динаміки ДТР, що зумовлені алкоголізацією. Диференційна діагностика щодо пацієнтів із симптомами виразної депресії та тривоги має бути спрямована на виявлення ендогенного характеру психопатології з дисфоричним варіантом симптоматики, а також терапевтичної резистентності, наявності ауто- та гетероагресивних тенденцій, психотичних симптомів, що має визначальне значення для призначення ним диференційованого лікування, у тому числі – режиму утримання та нагляду.
6. Важливим є дотримання запропонованих організаційних принципів допомоги комбатантам із ДТР, що асоційовані зі зловживанням алкоголем.

## **Література**

Гапонов К.Д. Система лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з алкогольною залежністю, та її ефективність. Журнал психіатрії та медичної психології 2012; 1(28): 70–80.

Говорин Н.В., Сахаров А.В. Экономические затраты учреждения здравоохранения в результате обусловленных злоупотреблением алкоголя случаев лечения в соматическом стационаре. Социальная и клиническая психиатрия 2011; 21(2): 33–36.

Логановский К.Н. Научно-организационные подходы к охране психического здоровья участников антитеррористической операции, беженцев и мигрантов. Логановский К.Н., Напреенко А.К., Зданевич Н.А. и др. Антропология 2017; 2: 22–28.

Логановський К.М., Напреєнко О.К., Зданевич Н.А. та ін. Психоневрологічна допомога постраждалим внаслідок військових дій на Сході України. Психічне здоров'я 2017; 1–2: С. 28–35.

Напреєнко Н.Ю. Походження, діагностика та лікування депресій при алкогольній залежності. Архів психіатрії 2015; 21(2): 124–127.

Напреєнко О.К., Животовська Л.В., Петрина Н.Ю. та ін. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені зловживанням психоактивними речовинами. За ред. О.К. Напреєнка. К.: Здоров'я, 2011; 208 с.

Напреєнко О.К., Животовська Л.В., Скрипніков А.М. та ін. Алкогольна залежність. Клініка, терапія та реабілітація. Монографія. Полтава, ТОВ «АСМІ», 2013; 258 с.

Напреєнко О.К., Логановський К.М., Пілягіна Г.Я. та ін. Депресія і самогубства. В: «Нециркулярні депресії», монографія. О.К. Напреєнко, К.М. Логановський, О.Г. Сироп'ятв та ін., за ред. проф. О.К. Напреєнка. К.: Софія-А, 2013: 600–621.

Петрина Н.Ю. Депресії при алкоголізмі. В «Нециркулярні депресії», монографія. О.К. Напреєнко, К.М. Логановський, О.Г. Сироп'ятв та ін., за ред. проф. О.К. Напреєнка. К.: Софія-А, 2013: 218–270.

Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии. Автореф. канд. дисс. Оренбург, 2003; 33 с.

Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия. Монография. Харьков: Коллегиум, 2004; 336 с.

Юрьева Л.Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы. Украинский вестник психоневрологии 2007; 15(1): 34–36.

Hunt I.M., Kapur N., Robinson J. National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. J Psychiatry Pract 2006; 12(3): 139–147.

