

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ  
ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**Салдень Вікторія Ігорівна**

УДК 616.89-008.441.3:616.1/.9]-07-085.851+615.851

ДИСЕРТАЦІЯ

**ДІАГНОСТИКА, ПСИХОТЕРАПІЯ І ПСИХОПРОФІЛАКТИКА В  
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ З  
ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ЯКІ  
ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ**

22 «Охорона здоров'я»

222 «Медицина»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ В. І. Салдень

Науковий керівник:

**Табачников Станіслав Ісакович**

доктор медичних наук, професор

**Київ – 2021**

## **АНОТАЦІЯ**

*Салдень В.І.* Діагностика, психотерапія і психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. – Кваліфікаційна праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина» – Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», Київ, 2021.

### **Зміст анотації**

Одним з найбільш гострих і актуальних медико-психологічних та соціально-економічних аспектів сучасного українського суспільства є поширення вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (ШН) соматичними хворими із психічними та поведінковими порушеннями (ППП), що, в свою чергу, погіршує їх перебіг, ускладнюючи клінічну картину, збільшує тривалість періоду непрацездатності і знижує ефективність лікування. Отже, зазначена вище проблема є актуальною та своєчасною.

Метою дисертаційного дослідження було розробити і впровадити систему діагностики, психотерапії і психопрофілактики психічних та поведінкових порушень в комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, у заклади охорони здоров'я і профільні виші України.

На підставі мети були сформульовані задачі дослідження:

1. Вивчити клініко-анамнестичні та соціально-демографічні характеристики досліджуваних.
2. Виявити психологічні і клініко-психопатологічні особливості психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками до і після терапевтичного втручання.

3. Визначити мішені комплексного (психотерапевтичного, психопрофілактичного і психофармакологічного) лікування психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

4. Науково обґрунтувати, розробити і впровадити в загальномедичну практику лікувальних закладів та установ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України систему діагностики, психотерапії і психопрофілактики психічних та поведінкових порушень в комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

Відповідно до мети і завдань дослідження, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології обстежено 560 пацієнтів, які звертались із соматичними скаргами до сімейного лікаря в Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Солом'янського району м. Києва (КНП «ЦПМСД № 1») в період 2018-2020 рр., з яких за критеріями включення/виключення відібрано 240 тематичних хворих.

Застосовували наступні методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, психометричний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Під час психометричного та психодіагностичного обстеження використовували наступні стандартні методики дослідження: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), шкалу оцінки здоров'я пацієнта «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9, 1999); методику диференційної діагностики депресивного стану В. Зунге (1965), адаптовану Т.І. Балашовою (2004); госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS, 1983); шкалу оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (STAI, 1976); методику «САН» (самопочуття, активність, настрій, 1973); опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека (1970); опитувальник «Якість життя-100» (Mezzich, 1999).

Обстеження проводили в 3 етапи: I етап – скринінг респондентів (до лікування); II етап – проведення психотерапії, психопрофілактики та психофармакотерапії; III етап – порівняльна оцінка ефективності лікування через 12 місяців; формулювання висновків дослідження та практичних рекомендацій; впровадження результатів дослідження в заклади охорони здоров'я і профільні вищі України.

При проведенні клініко-анамнестичного дослідження та клініко-психопатологічного інтерв'ювання загальними скаргами хворих були порушення сну, дратівливість, відчуття внутрішньої напруги, інколи – рухова загальмованість або непосидючість, швидка втомлюваність, зниження працездатності, коливання настрою, проблеми з концентрацією уваги, страх смерті, неспокійні думки, бажання поліпшити соматичний стан, підвищити активність і настрій через вживання алкоголю, прагнення позбутися неприємних переживань, заглушити їх тощо.

За результатами AUDIT, середній показник в основній групі (ОГ) становив  $17,4 \pm 1,15$  бали, а в групі порівняння (ГП) –  $17,3 \pm 1,14$  бали, що свідчить про вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (стиль вживання алкогольних напоїв, який призводить до розладів фізичного, психічного здоров'я, соціального функціонування споживача).

Встановлено, що в структурі ППП у соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками були облігатно присутні: тривожно-депресивна симптоматика, а також погіршення соматичного стану і якості життя. Так, на початку лікування пацієнтам обох груп були притаманні:

- депресивна симптоматика відносно низької інтенсивності, а саме (в ОГ і ГП відповідно): легка або помірна за шкалою PHQ-9 (84,0% і 85,5% випадків); легка за шкалою В. Зунге (85,3% і 81,1% випадків) та межова за шкалою HADS-D (88,0% і 83,3% випадків), без достовірних відмінностей між групами (скрізь  $p > 0,05$ );

- тривожна симптоматика відносно низької інтенсивності, а саме (в ОГ і ГП відповідно): межова за шкалою HADS-A (86,0% і 78,9% випадків) низька або помірна за шкалами ОТ (74,0% і 70,0% випадків) та СТ (78,7% і 72,2% випадків) тесту Ч.Д. Спілбергера- Ю.Л. Ханіна, без достовірних відмінностей між групами ( $p>0,05$ );

- низькі результати оцінки за опитувальником САН (в ОГ і ГП відповідно): «Самопочуття» –  $2,1\pm0,18$  і  $2,4\pm0,21$  балів; «Активність» –  $3,2\pm0,24$  і  $3,3\pm0,28$  балів; «Настрій» –  $2,7\pm0,19$  і  $2,9\pm0,19$  балів, без достовірних відмінностей між групами (скрізь  $p>0,05$ ), а також:

- низький показник загального сприйняття якості життя за шкалою «Якість життя-100» ( $4,52\pm0,26$  і  $4,58\pm0,25$  балів в ОГ і ГП відповідно) без достовірних відмінностей між групами ( $p>0,05$ ).

Доведено, що запропонований варіант комплексного (психотерапевтичного, психопрофілактичного і психофармакологічного) лікування на тлі стандартної фармакотерапії забезпечує значно глибшу редукцію тривожно-депресивної симптоматики, а також поліпшення самопочуття і якості життя, ніж застосування лише стандартної фармакотерапії. Так, серед пацієнтів із ОГ після лікування (у порівнянні зі станом на початку лікування):

- число осіб без ознак депресії збільшилось: при оцінці за шкалами: PHQ-9 - в 5,1 рази (з 12,7% до 65,3% при  $p<0,001$ ); Зунге – в 4,2 рази (з 11,3% до 47,3% при  $p<0,001$ ) і HADS-D - в 3,5 рази (з 12,0% до 42,0% при  $p<0,001$ ), в той час як в ГП жодних достовірних змін за цими показниками не відбулось;

- число осіб без ознак тривоги зросло при оцінці за шкалою HADS-D - в 3,9 рази (з 14,0% до 54,7% при  $p<0,001$ ), а в ГП достовірних змін за цим показником не відбулось;

- показники «Самопочуття», «Активності» та «Настрою» (оцінені за методикою САН) зросли в середньому на 3,0; 1,8 та 2,6 бали відповідно (при  $p<0,001$ ), в ГП лише на 1,8; 0,7 та 1,7 бали відповідно (при  $p<0,001$ );

- інтегральна оцінка за тестом AUDIT зменшилась на 8,7 бали ( $p < 0,001$ ), в той час як в ГП лише на 4,9 бали (при  $p < 0,001$ );

- показник загального сприйняття якості життя за шкалою «Якість життя-100» зріс в середньому на 2,85 бали (при  $p < 0,001$ ), а в ГП лише на 1,4 бали (при  $p < 0,001$ ).

Аналіз результатів динамічного спостереження пацієнтів в ході дослідження дозволив визначити наступні мішені терапевтичних втручань: для психотерапії та психофармакотерапії – тривожні і депресивні розлади (F 41.2); а для суто психотерапії – депресивні епізоди легкого ступеню (F32.0), розлади адаптації (F43.23), перевтома і недостатність відпочинку.

Науково обґрунтована, розроблена і впроваджена система діагностики, психотерапії та психопрофілактики у комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками, є поєднанням медичних, психологічних, освітніх та соціальних заходів, розроблених з урахуванням впливу біопсихосоціальних факторів в генезі ППП, які спрямовані на запобігання або усунення клініко-психопатологічної симптоматики, зменшення або відмову респондентів від вживання алкоголю зі шкідливими наслідками і тим самим покращення їх соматичного стану. Впровадження даної системи в заклади охорони здоров'я і профільні вищі МОЗ України довело її ефективність за критеріями редукції психопатологічних проявів, а також змін у соціальному функціонуванні та якості життя пацієнтів.

### **Наукова новизна одержаних результатів**

Уперше в Україні визначено критерії формування та особливості перебігу психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками за допомогою комплексного клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, психометричного, клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів досліджень. Уперше визначено мішені комплексного (психотерапевтичного, психопрофілактичного і психофармакологічного) лікування психічних та поведінкових порушень у

соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. Уперше науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в загальномедичну практику лікувальних закладів та установ МОЗ України систему діагностики, психотерапії і психопрофілактики психічних та поведінкових порушень в комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у підвищенні якості діагностики, психотерапії, психопрофілактики і психофармакотерапії психічних та поведінкових порушень у хворих з соматичною патологією, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

Таким чином, уперше на підставі міждисциплінарного інтеграційного підходу авторка провела порівняльний аналіз розробленої в дослідженні системи діагностики, психотерапії і психопрофілактики психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих з традиційними методами лікування, що дозволило підвищити ефективність комплексної терапії на 89,4%.

Результати дослідження впроваджені в роботу закладів Міністерства охорони здоров'я України: КНП «ЦПМСД №1» Солом'янського району м. Києва, ДУ «НДІП МОЗ України», ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Костянтинівка, КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги Селідівської міської ради». Теоретичні положення дисертаційної роботи використовуються в освітньому процесі на профільних кафедрах Харківського національного медичного університету, Вінницького національного медичного університету, ПВНЗ «Київський медичний університет», Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

**Ключові слова:** соматичні хворі, психічні та поведінкові порушення, вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, діагностика, психотерапія, психопрофілактика.



## **ABSTRACT**

*Salden V.I.* Diagnosis, psychotherapy and psychoprophylaxis in the complex treatment of somatic patients with mental and behavioral disorders who drink alcohol with harmful effects. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of 22 «Health Care», specialty 222 «Medicine» – State Institution «Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, 2021.

### **Annotation content**

One of the most acute and relevant medical-psychological and socio-economic aspects of modern Ukrainian society is the spread of alcohol with harmful effects (HE) in somatic patients with mental and behavioral disorders (MBD), which, in turn, worsens their course, complicating clinical picture, increases the duration of the period of incapacity for work and reduces the effectiveness of treatment. Therefore, the above problem is relevant and timely.

The aim of the dissertation research was to develop and implement a system of diagnosis, psychotherapy and psychoprophylaxis of mental and behavioral disorders in the complex treatment of somatic patients who drink alcohol with harmful effects in health care facilities and specialized universities of Ukraine.

Based on the goal, the objectives of the study were formulated:

1. To study the clinical-anamnestic and socio-demographic characteristics of the subjects.
2. Identify psychological and clinical-psychopathological features of mental and behavioral disorders in somatic patients who drink alcohol with harmful effects before and after therapeutic intervention.
3. Identify targets of complex (psychotherapeutic, psychoprophylactic and psychopharmacological) therapy of mental and behavioral disorders in somatic patients who drink alcohol with harmful effects.

4. To give scientific credence, develop and implement in the general medical practice of medical institutions of the Ministry of Health of Ukraine a system of diagnosis, psychotherapy and psychoprophylaxis of mental and behavioral disorders in complex treatment of somatic patients drink alcohol with harmful effects.

In accordance with the purpose and objectives of the study, with informed consent, in compliance with the principles of bioethics and deontology have been examined 560 patients who complained of somatic complaints to the family doctor in the municipal non-profit enterprise «Primary Health Care Center № 1» Solomyansky district, Kyiv in the period 2018-2020, of which 240 thematic patients were selected according to the criteria of inclusion and exclusion.

The following research methods were used: clinical-anamnestic, socio-demographic, psychometric, clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical.

The following standard research methods were used in psychometric and psychodiagnostic examinations: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), Patient Health Questionnaire (PHQ-9, 1999); method of differential diagnosis of depressive state W. Zunge (1965), adapted by T.I. Balashova (2004); hospital scale of anxiety and depression (HADS, 1983); the scale of assessment of situational and personal anxiety by CH.D Spielberger – Y.L. Khanin (STAI, 1976); SAM inquirer (state of health-activity-mood, 1973); questionnaire of K. Leonhard –G. Shmishek (1970); Questionnaire "Quality of Life-100" (Mezzich, 1999).

The survey was conducted in 3 stages: stage I – screening of respondents (before treatment); stage II – conducting psychotherapy, psychoprophylaxis and psychopharmacotherapy; stage III – comparative evaluation of treatment effectiveness after 12 months; formulation of research conclusions and practical recommendations; implementation of research results in health care institutions and specialized universities of Ukraine.

During the clinical and anamnestic examination and clinical and psychopathological interviews, the general complaints of patients were sleep

disturbances, irritability, feelings of internal tension, sometimes - motor retardation or restlessness, fatigue, decreased ability to work, mood swings, concentration problems, fear of death, restless thoughts, the desire to improve the somatic condition, increase activity and mood through alcohol consumption, the desire to get rid of unpleasant experiences, to stifle them, and so on.

According to the results of AUDIT, the average in the main group (MG) was  $17,4 \pm 1,15$  points, and in the comparison group (CG) –  $17,3 \pm 1,14$  points, which indicates the use of alcohol with harmful effects (alcoholic beverages, which leads to disorders of physical, mental health, social functioning of the consumer).

It was found that in the structure of MBD in somatic patients who drank alcohol with harmful effects were obligatorily present: anxiety and depressive symptoms, as well as deterioration of somatic condition and quality of life. Thus, at the beginning of treatment, patients in both groups were characterized by:

- depressive symptoms of relatively low intensity, namely (in MG and CG, respectively): mild or moderate on the scale of PHQ-9 (84,0% and 85,5% of cases); mild on the Zunge scale (85,3% and 81,1% of cases) and borderline on the HADS-D scale (88,0% and 83,3% of cases), without significant differences between groups (everywhere  $p > 0,05$ );
- anxious symptoms of relatively low intensity, namely (in MG and CG, respectively): borderline on the HADS-A scale (86,0% and 78,9% of cases) low or moderate on the PA scales (74,0% and 70,0 % of cases) and SA (78,7% and 72,2% of cases) test Ch.D. Spielberger- Yu.L. Khanin, without significant differences between groups ( $p > 0,05$ );
- low scores on the SAM inquirer (in MG and CG, respectively): «State of health» –  $2,1 \pm 0,18$  and  $2,4 \pm 0,21$  points; «Activity» -  $3,2 \pm 0,24$  and  $3,3 \pm 0,28$  points; «Mood» –  $2,7 \pm 0,19$  and  $2,9 \pm 0,19$  points, without significant differences between groups (everywhere  $p > 0,05$ );

- low overall perception of quality of life on the scale «Quality of Life-100» ( $4,52 \pm 0,26$  and  $4,58 \pm 0,25$  points in MG and CG, respectively) without significant differences between groups ( $p > 0,05$ ).

It is proved that the proposed variant of complex (psychotherapeutic, psychoprophylactic and psychopharmacological) therapy on the background of standard pharmacotherapy provides a much deeper reduction of anxiety and depressive symptoms, as well as improving well-being and quality of life than using standard pharmacotherapy alone. Thus, among patients with MG at the year after treatment (compared to the condition at the beginning of treatment):

- the number of people without signs of depression increased: when assessed on scales: PHQ-9 – 5,1 times (from 12,7% to 65,3% with  $p < 0,001$ ); Zung scale – 4,2 times (from 11,3% to 47,3%,  $p < 0,001$ ) and HADS-D – 3,5 times (from 12,0% to 42,0%,  $p < 0,001$ ), while in the CG there were no significant changes in these indicators;

- the number of people without signs of anxiety increased when assessed on the HADS-D scale – 3,9 times (from 14,0% to 54,7% at  $p < 0,001$ ), and in CG significant changes in this indicator did not occur;

- indicators of «State of health», «Activity» and «Mood» (assessed according to the method of SAM inquirer) increased by an average of 3,0; 1,8 and 2,6 points, respectively (at  $p < 0,001$ ), in CG only 1,8; 0,7 and 1,7 points, respectively (at  $p < 0,001$ );

- the integrated score on the AUDIT test decreased by 8,7 points ( $p < 0,001$ ), while in CG only by 4,9 points (at  $p < 0,001$ );

- the indicator of the general perception of quality of life on the scale «Quality of Life-100» increased on average by 2,85 points (at  $p < 0,001$ ), and in CG only by 1,4 points (at  $p < 0,001$ ).

Analysis of the results of dynamic observation of patients during the study allowed to identify the following targets of therapeutic interventions: for psychotherapy and psychopharmacotherapy – anxiety and depressive disorders

(F 41.2); and for purely psychotherapy, mild depressive episodes (F 32.0), adaptation disorders (F 43.23), fatigue, and lack of rest.

Scientifically substantiated, developed and implemented system of diagnosis, psychotherapy and psychoprophylaxis in the complex treatment of somatic patients who drank alcohol with harmful effects, is a combination of medical, psychological, educational and social measures developed taking into account the influence of biopsychosocial factors on prevention or elimination of clinical and psychopathological symptoms, reduction or refusal of respondents to drink alcohol with harmful effects and thus improve their physical condition. The introduction of this system in health care institutions and specialized universities of the Ministry of Health of Ukraine has proven its effectiveness in terms of reducing psychopathological manifestations, as well as changes in social functioning and quality of life of patients.

#### **Scientific novelty of the obtained results**

For the first time in Ukraine, the criteria for the formation and features of mental and behavioral disorders in somatic patients who drink alcohol with harmful effects using complex clinical history, socio-demographic, psychometric, clinical psychopathological and psychodiagnostic research methods. For the first time, targets of complex (psychotherapeutic, psychoprophylactic and psychopharmacological) treatment of mental and behavioral disorders in somatic patients who drink alcohol with harmful consequences have been identified. For the first time, a system of diagnosis, psychotherapy and psychoprophylaxis of mental and behavioral disorders in the complex treatment of somatic patients who consume alcohol with harmful effects has been scientifically substantiated, developed and introduced into the general medical practice of medical institutions of the Ministry of Health of Ukraine.

#### **The practical significance of the obtained results**

The practical significance of the results of the dissertation research is to improve the quality of diagnosis, psychotherapy, psychoprophylaxis and

psychopharmacotherapy of mental and behavioral disorders in patients with somatic pathology who drink alcohol with harmful effects.

Thus, for the first time on the basis of interdisciplinary integration approach the author conducted a comparative analysis of the system developed in the study of diagnosis, psychotherapy and psychoprophylaxis of mental and behavioral disorders in somatic patients with traditional treatments, which increased the effectiveness of complex therapy by 89,4%.

The results of the study are implemented in the work of institutions of the Ministry of Health of Ukraine: MNPE «Primary health care center №1» of Solomyansky district, Kyiv, State Institution «Research Institute of the Ministry of Health of Ukraine», Sovereign Pledge «Scientific and Practical Medical Rehabilitation and Diagnostic Center of the Ministry of Health of Ukraine», Kostiantynivka, MNPE «Primary health care center of Selidovo city council». Theoretical provisions of the dissertation are used in the educational process at the profile departments of Kharkiv National Medical University, Vinnytsia National Medical University, Kyiv Medical University, National Medical University O.O. Bogomoltsya.

**Key words:** somatic patients, mental and behavioral disorders, alcohol consumption with harmful effects, diagnosis, psychotherapy, psychoprophylaxis.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

*(\*особистий внесок здобувача)*

1. Салдень В.І. (2020). Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Український Вісник психоневрології*. Т. 28, 4 (105), 40-45. DOI: [10.36927/2079-0325-V28-is4-2020](https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020)
2. Salden V. I. (2020). Prevalence of depressive and anxiety disorders in somatic patients who use alcohol with harmful effects. *Archives of Psychiatry*. 26(1): pp. 50–52. DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.50-52
3. Салдень В. І. (2019). Рання діагностика і психокорекція психічних та поведінкових порушень у хворих первинної ланки, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Архів психіатрії*, (25, № 1), 30-33.
4. Salden V. (2018). General characteristics of primary care patients who drink alcohol with harmful effects. *Sciences of Europe (Praha, Czech Republic)* 2(34), 29-33.
5. Tabachnikov S., Mishiev V., Kharchenko E., Osukhovskaya O., Grinevich E., Vasylyeva G., ...&, Salden V. (2020). Psychotherapeutic and psychoprophylactic help to somatic patients who use psychoactive substances in the family medicine practice. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology journal*. 11(1), 199-205. (Scopus) *(\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.
6. Табачніков С. І., Харченко Є. М., Осуховська О. С., Михальчук Н. О., Чепурна А. М., Салдень В. І. (2019). Освітня програма курсів інформації та стажування за темою «Первинна медична допомога в загальній практиці сімейної медицини пацієнтам, які вживають психоактивні речовини». *Вісник невідкладної і відновної медицини*. Т. 32, 2(151), 41-45 *(\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації)*.

7. Пінчук І.Я., Табачніков С.І., ...&, Салдень В.І. (2019). *Алгоритм надання профілактичної і лікувальної допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими порушеннями внаслідок вживання психоактивних речовин в практиці сімейної медицини*. ФОП «Бихун», 2019. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).
8. S. Tabachnikov, I. Pinchuk, E. Kharchenko, ...&, V. Salden. (2018). World experience of criteria for providing prophylactic and therapeutic assistance to patients with a somatic profile who use psychoactive substances in the practice of a family doctor. *Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України*. 2-3(104-105), 108-113 (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).
9. Tabachnikov S.I., Pinchuk I.Ya., Kharchenko Ye.M., Osukhovskaya O.S., Tabachnikov O.Yu., Mazbits V.B, ...&, Salden V.I., (2018). Psychological, clinical and instrumental-laboratory methods for the diagnosis of the usage of psychoactive substances by somatic patients in the practice of family medicine. *Archives of Psychiatry*. 24, № 4 (95), 229-234. (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).
10. Пінчук І.Я., Табачніков С.І., Харченко Є.М., Осуховська О.С., Мажбіц В.Б., ...&, Салдень В.І. (2018). Клініко-психопатологічна характеристика психічних і поведінкових порушень у осіб, які вживають психоактивні речовини в практиці сімейного лікаря та методи їх первинної профілактики. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

*Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:*

1. Салдень В.І. (2020). Сучасні проблеми надання первинної медичної допомоги пацієнтам, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками в загальній практиці сімейної медицини. С. 171-172. Міжнародна науково-практична конференція «Нові тенденції та невирішені питання профілактичної та



клінічної медицини», 25–26 вересня 2020 р., м. Люблін, Республіка Польща. Publishing House “Baltija Publishing”

2. Салдень В.І. (2020). Психопрофілактика психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. С. 232-233. Тези III Міжнародної науково-практичної конференції “Theory, science and practice”, 05-09 жовтня 2020 р., м.Токіо, Японія.

3. Салдень В.І. (2020). Клініко-психопатологічні та психодіагностичні методи дослідження соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. С. 249-251. Тези XV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації і абілітації людини», 20 жовтня 2020 р., м. Костянтинівка, Україна.

4. Салдень В.І. (2020). Принципи організації психотерапевтичної тактики в комплексному лікуванні соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. С. 38-39. Тези V всеукраїнської науково-практичної конференції «Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку», 05 листопада 2020 р., м. Запоріжжя, Україна.

5. Салдень В. І. (2019). Рання діагностика, психотерапія та психокорекція психічних та поведінкових розладів у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. Збірник статей та тез доповідей Всеукраїнської серпневої конференції «Педагогічний пошук – 2019, м. Київ, 15-16 серпня. С. 40-41.

6. Салдень В. (2019). Гендерні особливості вживання алкоголю зі шкідливими наслідками при психічній та соматичній патології в практиці сімейної медицини. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 4(1), e0401182-e0401182.

7. Салдень В.І. (2019). Психодіагностичне дослідження хворих з соматичною патологією, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Архів психіатрії* Т. 25, № 2 (97), 2019 р. С. 119-120.

8. Салдень В. І. (2018). Алгоритм надання комплексної первинної медичної допомоги особам із соматичними захворюваннями, які вживають алкоголь. *Архів психіатрії*, (24, № 1), 60-61.
9. Салдень В.І. (2018). Оцінка якості життя пацієнтів, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками і звертаються з соматичними скаргами до сімейних лікарів. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 3(4), 2 с. // тези Конгресу «Психосоматична медицина 21 століття: реалії та перспективи» 1-2 листопада 2018 р., м. Київ.
10. Табачников С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Осуховська О.С., ...&, Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Сучасна діагностика вживання психоактивних речовин в практиці сімейної медицини. Матеріали XIX Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченої 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка / Харків: Видавництво «Плеяда» – 2019 р. С. 174-176. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).
11. Табачников С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Когнітивні порушення у соматично хворих, які вживають психоактивні речовини в практиці сімейної медицини. Матеріали XIX Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченої 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка / Харків: Видавництво «Плеяда» – 2019 р. С. 177-180. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).
12. Табачников С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Підвищення кваліфікації сімейних лікарів з основ психіатрії, наркології та медичної психології. Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку // матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції 21 березня 2019 р., м. Запоріжжя. С. 3-4. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

13. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Рання діагностика вживання психоактивних речовин соматично хворими в практиці сімейної медицини» Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку // матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції 21 березня 2019 р., м. Запоріжжя. С. 25-26. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).
14. Харченко Є. М., Осуховська О. С., Мажбіц В. Б., Чепурна А. М., Салдень В. І. (2018). Психокорекційна та психопрофілактична допомога хворим літнього віку, які мають соматичну патологію і вживають психоактивні речовини в практиці сімейної медицини. Соціальна адаптація людей літнього віку і сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності // матеріали V науково-практичної конференції та форуму з міжнародною участю Університетів Третього Віку, 19-21 грудня 2018 р., м. Луцьк. С. 37-38; (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| АНОТАЦІЯ.....                                                                                                                                                                                                           | 2  |
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ<br>ВИМІРЮВАННЯ, СКОРОЧЕНЬ.....                                                                                                                                             | 23 |
| ВСТУП .....                                                                                                                                                                                                             | 24 |
| РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ, ПСИХОТЕРАПІЇ І<br>ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ<br>ПОРУШЕНЬ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СОМАТИЧНИХ<br>ХВОРИХ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ<br>НАСЛІДКАМИ..... | 33 |
| 1.1 Сучасні проблеми розповсюдженості психічних та поведінкових<br>порушень внаслідок шкідливого вживання алкоголю в Україні і світі...                                                                                 | 33 |
| 1.2 Характеристика соматичних захворювань внаслідок шкідливого<br>вживання алкоголю.....                                                                                                                                | 37 |
| 1.3 Якість життя соматичних хворих, які вживають алкоголь зі<br>шкідливими наслідками.....                                                                                                                              | 42 |
| 1.4 Соціально-демографічні, соціально-психологічні і клініко-<br>психопатологічні передумови формування психічних та поведінкових<br>порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь.....                           | 43 |
| 1.5 Світовий досвід психотерапевтичної, психопротективної та<br>психокорекційної допомоги в комплексному лікуванні соматичних<br>хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками .....                           | 46 |
| Висновки до розділу 1.....                                                                                                                                                                                              | 50 |
| РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ СОМАТИЧНИХ<br>ХВОРИХ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ<br>НАСЛІДКАМИ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ<br>ПОРУШЕННЯМИ. ДИЗАЙН І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....                              | 52 |
| 2.1 Дизайн дослідження та загальна характеристика обстежених.....                                                                                                                                                       | 52 |

|                                                                                                                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2. Методи дослідження.....                                                                                                                                                                                                      | 57 |
| Висновки до розділу 2.....                                                                                                                                                                                                        | 62 |
| РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ У СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДО ЛІКУВАННЯ..... | 65 |
| 3.1. Результати AUDIT .....                                                                                                                                                                                                       | 65 |
| 3.2. Клініко-психопатологічна характеристика обстежених.....                                                                                                                                                                      | 66 |
| 3.3. Оцінка депресивного розладу за методикою PHQ-9 .....                                                                                                                                                                         | 66 |
| 3.4. Диференційна діагностика депресивних станів за методикою В. Зунге (адаптація Т. Балашової).....                                                                                                                              | 67 |
| 3.5. Аналіз результатів дослідження осіб за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS).....                                                                                                                                    | 68 |
| 3.6. Оцінка рівня ситуативної та особистісної тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.....                                                                                                                           | 69 |
| 3.7. Результати дослідження типу акцентуації особистостей за опитувальником К. Леонгарда – Г. Шмішека.....                                                                                                                        | 70 |
| 3.8. Дослідження характеру самопочуття, стану активності та настрою у респондентів за опитувальником «САН».....                                                                                                                   | 73 |
| 3.9. Результати дослідження якості життя респондентів.....                                                                                                                                                                        | 73 |
| Висновки до розділу 3.....                                                                                                                                                                                                        | 75 |
| РОЗДІЛ 4. ПСИХОТЕРАПІЯ І ПСИХОПРОФІЛАКТИКА СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ, ЇХ ЕФЕКТИВНІСТЬ.....                             | 78 |
| 4.1. Методи поетапної психотерапії і психопрофілактики у                                                                                                                                                                          |    |

|                                                                                                                                                                                             |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| комплексному лікуванні хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.....                                                               | <b>81</b>  |
| 4.2. Методики і техніки психотерапії у загальному комплексі лікування соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.....     | <b>84</b>  |
| 4.2.1 Техніки міжособистісної короткострокової психотерапії (МКП) при депресивних і тривожних порушеннях.....                                                                               | <b>84</b>  |
| 4.2.2 Раціонально-емоційно-поведінкова терапія (РЕПТ) за А. Елліс.....                                                                                                                      | <b>85</b>  |
| 4.2.3 Техніки з використанням усвідомленого дихання (холотропне дихання в модифікації проф. С.І. Табачнікова).....                                                                          | <b>85</b>  |
| 4.2.4 Раціональна (за П. Дюбуа) або роз'яснювальна (за І.З. Вельвовським) психотерапія.....                                                                                                 | <b>85</b>  |
| 4.2.5 Непряма психотерапія.....                                                                                                                                                             | <b>86</b>  |
| 4.2.6 Активізуюча психотерапія.....                                                                                                                                                         | <b>86</b>  |
| 4.3. Психопрофілактика психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками                                                               | <b>88</b>  |
| 4.4. Результати психотерапії і психопрофілактики у комплексному лікуванні соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками..... | <b>89</b>  |
| Висновки до розділу 4.....                                                                                                                                                                  | <b>95</b>  |
| АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....                                                                                                                                         | <b>99</b>  |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                                                                                                               | <b>110</b> |
| Практичні рекомендації.....                                                                                                                                                                 | <b>113</b> |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                                                                                                             | <b>117</b> |
| ДОДАТОК А.....                                                                                                                                                                              | <b>147</b> |
| ДОДАТОК Б.....                                                                                                                                                                              | <b>152</b> |
| ДОДАТОК В.....                                                                                                                                                                              | <b>154</b> |

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ ВИМІРЮВАННЯ, СКОРОЧЕНЬ**

**AUDIT** – тест для виявлення розладів, обумовлених вживанням алкоголю (Alcohol Use Disorders Identification Test)

**ІНН** – шкідливі наслідки

**ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я

**ВХШ** – виразкова хвороба шлунку

**ІХС** – ішемічна хвороба серця

**ХАП** – хронічний алкогольний панкреатит

**КНП «ЦПМСД №1»** – Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1»

**МКП** – міжособистісна короткострокова психотерапія

**МКХ-10** – Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

**МОЗ** – Міністерство охорони здоров'я

**ГП** – група порівняння

**ОГ** – основна група

**ПАР** – психоактивні речовини

**ППП** – психічні та поведінкові порушення

**ЦД** – цукровий діабет

**ШКТ** – шлунково-кишковий тракт

**АТ** – артеріальний тиск

**РД** – рівень депресії

**ЯЖ** – якість життя

**ЕВТ** – емоційно-вольове тренування

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Ситуація вживання соматичними хворими алкогольних напоїв має схожі підґрунтя серед країн близького та далекого зарубіжжя. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), алкоголь є особливо широко вживаною психоактивною речовиною серед населення як України, так і багатьох інших країн світу [1-13]. Показники рівня споживання чистого алкоголю на душу населення в нашій державі, за різними даними, коливаються від 8,3 до 8,6 літрів на рік [14].

Надзвичайно показовою є статистична інформація щодо соматичної патології в багатопрофільній лікарні, виникнення та розвиток якої пов'язані зі вживанням алкоголю. Так, декомпенсація при цукровому діабеті (ЦД) складає 9%, загострення панкреатиту – 7%, гіпертонічна хвороба та інфаркт міокарда – 4% випадків тощо. У середньому 13% усіх хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я загальносоматичного профілю пов'язані із вживанням алкоголю [15].

Наведені дані свідчать про вагоме значення алкогольних проблем не лише для пацієнтів суто психіатричного та наркологічного, але й соматичного і неврологічного профілей, тобто для медичної галузі в цілому. Більше того, вони потребують їх вирішення на загальнодержавному рівні і при цьому вказують на необхідність значної обізнаності в питаннях адиктології як представників нейронаук, так і сімейних лікарів, а також інших суміжних спеціалістів.

Особливу увагу слід приділяти соматичним хворим з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, що погіршує перебіг соматичних захворювань, ускладнюючи їх клінічну картину, збільшує тривалість перебування на лікарняному і знижує ефективність лікування [16, 17].

У зв'язку з наведеними фактами, негативні наслідки подібної ситуації стосуються не лише необхідності лікування пацієнтів, а й недоцільних економічних витрат з боку сфери охорони здоров'я в цілому – 9% усіх витрат лікарні [18, 15].



Проаналізувавши літературні джерела, ми дійшли висновку, що в науковому плані клініко-психопатологічні і психологічні особливості психічних та поведінкових порушень при вживанні алкоголю зі шкідливими наслідками у хворих соматичного профілю недостатньо описано. Доступні публікації переважно містять тлумачення поняття «вживання алкоголю зі шкідливими наслідками», наголошують на актуальності зазначеної проблеми, але не дають достатньої інформації щодо можливих шляхів її вирішення відносно алгоритмів і цілісної системи діагностично-лікувальної та профілактичної допомоги в подібних випадках [19-21]. Проте, як свідчить клінічний досвід, ці порушення слід вважати одним із основних об'єктів щодо діагностики і профілактики більш тяжких адиктивних, психічних, у тому числі афективних, а також соматичних і неврологічних розладів. Саме особи, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками є потенційними хворими на алкогольну залежність.

Нерозробленими є питання щодо сучасних технологій зміцнення психічного здоров'я хворих з соматичною патологією, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, а також засобів навчання лікарів первинної та вторинної ланок методам діагностики, психопрофілактики та психотерапії.

Глобальна стратегія із скорочення шкідливого впливу споживання алкоголю ВООЗ наразі в Україні втілена лише частково і потребує з боку держави розробки та запровадження відповідних адекватних засобів протидії алкоголізації населення.

Таким чином, вищезазначена проблема є актуальною та своєчасною.

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Державної установи «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за темою «Розробити алгоритм надання первинної медичної допомоги в загальній практиці сімейної медицини пацієнтам, які вживають психоактивні речовини» (номер державної реєстрації 0117U000450, 2017-2019 рр.).

Дослідження виконано у рамках пункту «Цільові прикладні дослідження з питань гармонізації системи «людина – світ» та створення новітніх технологій покращення якості життя» розділу «Науки про життя, нові технології профілактики та лікування найпоширеніших захворювань», затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 07 вересня 2011 р. № 942 «Про затвердження переліку пріоритетних тематичних напрямів наукових досліджень і науково-технічних розробок на період до 2020 року» (зі змінами).

Дисертаційне дослідження відповідає Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», розділу «Шляхи і способи розв'язання проблеми, строк виконання Програми», абзацу 2 «Розроблення та впровадження новітніх технологій мінімізації факторів (чинників) ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища на основі даних наукових досліджень», абзацу 4 «Оптимізація організації та механізму фінансування системи надання медичної допомоги, спрямованої на розв'язання реальних потреб населення, запровадження солідарного принципу фінансування», абзацу 6 «Проведення та застосування результатів сучасних інноваційних наукових розробок з обов'язковим створенням ефективної системи впровадження результатів наукових розробок в практику охорони здоров'я (взаємодія із зворотним зв'язком)» та абзацу 7 «Проведення наукових досліджень із збереження і зміцнення здоров'я населення шляхом формування громадської системи охорони здоров'я, первинної профілактики захворювань й вивчення негативного впливу факторів ризику та соціальних детермінант на здоров'я та шляхів його мінімізації».

**Мета і задачі дослідження. Мета роботи** – на основі вивчення причин, механізмів і закономірностей формування психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, розробити і впровадити систему діагностики, психотерапії та психопрофілактики у заклади

охорони здоров'я і профільні виші України.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні **задачі** дослідження:

1. Вивчити клініко-анамнестичні та соціально-демографічні характеристики досліджуваних.

2. Виявити психологічні та клініко-психопатологічні особливості психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

3. Визначити мішені комплексного (психотерапевтичного, психопрофілактичного і психофармакологічного) лікування психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

4. Науково обґрунтувати, розробити і впровадити в загальномедичну практику лікувальних закладів та профільних установ МОЗ України сучасні підходи системи діагностики, психотерапії і психопрофілактики психічних та поведінкових порушень в комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

*Об'єкт дослідження* – психічні та поведінкові порушення у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

*Предмет дослідження* – умови, прояви, механізми та закономірності формування психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

**Методи дослідження:** клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, психометричний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Клініко-анамнестичний метод використовували для отримання інформації та аналізу даних щодо спадковості, особливостей розвитку, збору даних про соматичний, неврологічний, психічний стан обстеженого протягом життя.

Соціально-демографічний метод застосовували для отримання об'єктивних даних з метою аналізу сімейної, професійно-трудової, соціальної адаптації. Серед

демографічних показників визначався розподіл досліджених хворих за віком та статтю.

Психометричним методом з використанням AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) користувалися з метою комплексної оцінки адиктивного статусу, визначення його тяжкості та глибини [22].

Під час психодіагностичного обстеження використовували наступні стандартні методики дослідження: шкалу оцінки здоров'я пацієнта «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9, 1999) для діагностики і оцінки ступеню вираженості симптомів депресії; методику диференційної діагностики депресивного стану В. Зунге (W. Zung, 1965), адаптовану Т.І. Балашовою (2004); госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS, 1983) з метою виявлення та оцінки важкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики; шкалу оцінки ситуативної та особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, 1976); методику «САН» (самопочуття, активність, настрій, 1973) з метою оцінки загального стану, ступеню емоційної та фізичної активності і настрою людини; опитувальник К.Леонгарда – Г.Шмішека (діагностики типу акцентуації особистості); опитувальник «Якість життя-100» (Mezzich, 1999) для оцінки соціального функціонування й якості життя пацієнтів [23-29].

**Статистична обробка.** Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою критеріїв U-Манна-Уїтні та  $\chi^2$  для визначення вірогідності розбіжності між групами. Математичні розрахунки проводили з використанням програми «Statistica for Windows, Release 6.0 та електронних таблиць Excel 10, а також програми математичної і статистичної обробки SPSS 18 [30].

**Організація і база дослідження:** обстеження респондентів проводилось протягом 2018-2020 рр. на базі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1» Солом'янського району м. Києва (КНП «ЦПМСД №1»).

#### **Наукова новизна одержаних результатів.**

1. Уперше в Україні визначено критерії формування і особливості перебігу

психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками за допомогою комплексного клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, психометричного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного методів досліджень.

2. Уперше визначено мішені комплексного (психотерапевтичного, психопрофілактичного і психофармакологічного) лікування психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

3. Уперше науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в загальномедичну практику лікувальних закладів та профільних установ МОЗ України сучасні підходи системи діагностики, психотерапії і психопрофілактики психічних та поведінкових порушень в комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертанткою самостійно заплановано і проведено дослідження, результати якого представлені в роботі. Авторкою особисто в повному обсязі виконано інформаційно-патентний пошук, здійснено організацію наукової роботи і планування дисертації, аналітичний огляд літератури, проведено клініко-анамнестичне, соціально-демографічне, психометричне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження 560 соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками, з яких методами включення і виключення було залишено 240 пацієнтів з подальшою статистичною обробкою отриманих даних, а також системний науковий аналіз та інтерпретацію результатів дослідження. Особисто дисертанткою проведено впровадження в практику закладів охорони здоров'я і профільні виші України розробленої системи діагностики, психотерапії і психопрофілактики психічних та поведінкових порушень у комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками і оцінено її ефективність в порівнянні з традиційними терапевтичними методами.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практична значущість

результатів дисертаційного дослідження полягає у підвищенні якості діагностики, психотерапії та психопрофілактики психічних та поведінкових порушень внаслідок шкідливого вживання алкоголю у хворих з соматичною патологією.

У процесі виконання дисертаційної роботи розроблено і впроваджено у клінічну практику закладів охорони здоров'я і вишів України відповідного профілю систему діагностики, психотерапії і психопрофілактики ППП у даного контингенту осіб. Результати дисертаційного дослідження також були використані у педагогічному процесі профільних кафедр вишів України.

Таким чином, уперше на підставі міждисциплінарного інтеграційного підходу авторка провела порівняльний аналіз розробленої в дослідженні системи діагностики, психотерапії і психопрофілактики психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих з традиційними методами лікування, що дозволило підвищити ефективність комплексної терапії на 89,4%.

Результати дослідження впроваджені в роботу закладів Міністерства охорони здоров'я України: КНП «ЦПМСД №1» Солом'янського району м. Києва, ДУ «НДІП МОЗ України», ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України», м. Костянтинівка, КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги Селідівської міської ради». Теоретичні положення дисертаційної роботи використовуються в освітньому процесі на профільних кафедрах Харківського національного медичного університету, Вінницького національного медичного університету, ПВНЗ «Київський медичний університет», Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

**Апробація матеріалів дисертації.** Основні положення дисертаційного дослідження викладені та обговорені на: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія», 20 жовтня 2017 р., Бізнес-центр «Кристал», м. Київ; конгресі «Психосоматична медицина 21 століття: реалії та перспективи», 01-02 листопада 2018 р., м. Київ; V науково-практичній конференції та форумі з міжнародною участю університетів третього віку, 19-21 грудня 2018 р.,

м. Луцьк; науково-практичній конференції «Психосоматична медицина: наука і практика», 19 квітня 2019 р., м. Київ; XIX Українській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Довженківські читання: Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченій 101-річниці від дня народження Заслуженого лікаря України О.Р. Довженка, 09-10 квітня 2019 р., м. Харків); симпозіумі VII щорічної міжнародної науково-практичної конференції «Психіатрія XXI століття: інновації в медицині залежностей», 17-19 квітня 2019 р., м. Київ; IV Всеукраїнській науково-практичній конференції, 21 березня 2019 р., м. Запоріжжя; науково-практичній конференції з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід в невідкладній та відновній медицині», приуроченій 20-річчю створення ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМН України» і 80-річчю від дня народження його засновника і першого директора Гусака Володимира Корнійовича (30-31 травня 2019 р., м. Київ); Всеукраїнській серпневій конференції «Педагогічний пошук – 2019», м. Київ, 15-16 серпня; I Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: літні диспути», 1-2 серпня 2019 р., м. Дніпро; Міжнародній науково-практичній конференції «Нові тенденції та невирішені питання профілактичної та клінічної медицини», 25-26 вересня 2020 р., м. Люблін, Польща; III Міжнародній науково-практичній конференції “Theory, science and practice”, 05-09 жовтня 2020 р., м. Токіо, Японія; XV науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації і абілітації людини», 20 жовтня 2020 р., м. Костянтинівка, Україна; V Всеукраїнській науково-практичній конференції «Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку», 05 листопада 2020 р., м. Запоріжжя, Україна.

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 24 наукові праці, з них 8 статей, в тому числі 1 стаття у країнах ЄС/ОЕСР (Чехія), 4 статті у фахових виданнях МОН України (з них одноосібних – 3), 1 стаття – у наукометричній базі SCOPUS, 2 статті – в академічних виданнях, 1 методичні рекомендації (у співавт.), 14 тез і 1 інформаційний лист (у співавт.).

**Структура і обсяг дисертації.** Основний текст дисертації викладено на 116 сторінках машинописного тексту, проілюстровано 3 рисунками та 12 таблицями. Робота складається з анотації, вступу, аналітичного огляду літератури, 3 розділів власних досліджень, висновків. Окремо в додатках представлено 8 сканкопій (акти впровадження). Список використаних джерел містить 232 посилання, в тому числі 97 – кирилицею, 135 – латиницею.



## **РОЗДІЛ 1**

# **СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ, ПСИХОТЕРАПІЇ І ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ**

Значна кількість осіб в Україні, які вживають алкоголь набуває загрозливого характеру та зумовлює низку нових актуальних на державному рівні соціальних, правових, економічних, медичних проблем [31-35]. Відповідно до даних ВООЗ від алкогольної залежності щорічно помирає близько 2,5 мільйона людей у світі [36, 37]. Середній світовий показник вживання алкогольних напоїв складає 6,1 літрів на особу за рік, а в Україні цей показник є одним із найвищих у країнах Європейського Союзу (8,3-8,6 літрів на особу за рік) [38,39]. За даними Національної ради з питань охорони здоров'я, щороку через алкоголізм в Україні помирає понад 40 тис. осіб, серед яких близько 25,0% випадків – це летальні алкогольні отруєння, пов'язані зі вживанням спиртних напоїв підпільного виготовлення; 25,0% – серцеві напади, причиною яких стало непомірне вживання алкоголю; 50,0% припадає на інші захворювання і нещасні випадки, що відбулися внаслідок вживання алкоголю [40-42]. Спостерігається прямий зв'язок впливу алкоголю на соціально-стресові розлади у суспільстві, показники смертності та психічного здоров'я населення, стосунки в родині, на роботі, виникнення правових проблем внаслідок вчинення правопорушень у стані алкогольного сп'яніння. Невпинний ріст рівня алкоголізації населення у світі свідчить про необхідність інтенсивного розроблення та апробації сучасних концепцій, які відповідають потребам змінного соціального середовища. У зв'язку з цим необхідний пошук нових шляхів вирішення означеної проблеми [43-46].

### **1.1 Сучасні проблеми розповсюдженості психічних та поведінкових порушень внаслідок шкідливого вживання алкоголю в Україні і світі**

Питання психічних та поведінкових порушень внаслідок вживання алкоголю є одним з найбільш актуальних в сфері охорони здоров'я як в світовому

масштабі, так і в Україні. Втім, ця проблема на теперішній час залишається ще не до кінця розкритою [47-53].

Так, наприклад, гострі і хронічні розлади психіки та поведінки, що виникають внаслідок вживання алкоголю, займають перше місце в структурі захворюваності населення [54-56]. Зловживання алкоголем призводить до хронічних розладів психіки та поведінки і є суттєвим фактором ризику, займаючи чільне місце за рівнем впливу на формування хвороб у провідних країнах світу [57-63]. Близько 5,1% загального глобального тягара хвороб і травм, за оцінками показника DALY, обумовлені алкоголем [64,65].

За даними ВООЗ (дослідження проведено у 148 країнах світу), не вживають алкоголь 99,5% дорослого населення в таких країнах як Єгипет та близько 25,0% населення у Люксембурзі. Найвищі показники споживання алкоголю зареєстровано в Колумбії (32,0%) і Грузії (28,0%), а найнижчі в Індії (1,4%). При цьому найбільш високий рівень алкогольної залежності зазначено у Польщі (12,0%) і Бразилії (11,0%), а найнижчий у Єгипті і Сирії (по 0,2% відповідно) [66-71]. Так, у США розлади психіки та поведінки, що спричинені зловживанням алкоголю, є тяжким економічним тягарем. Витрати, пов'язані із подоланням цих наслідків, оцінюються у сумі понад 26 млрд. доларів США щорічно, а фінансові збитки від захворювань, зумовлених алкоголізмом, досягають 134 млрд. доларів США щорічно [72-76]. Проведений аналіз вказує на те, що витрати суспільства на проблеми щодо зловживання алкоголем, оцінюються до 185 млрд. доларів США на рік [77]. Алкоголь є найбільш поширеною із психоактивних речовин (ПАР), що вживається в Україні. Доведено, що кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є людиною у віці до 35 років [78-80]. За результатами проведених науковцями досліджень, 22% учнів шкіл та студентів закладів середньої освіти і вишів вживають спиртні напої щонайменше кілька разів на тиждень [81-86]. На думку деяких науковців, значна роль у формуванні людськи структури вживання психоактивних речовин залежить від економіко-географічних умов регіону

проживання [87-90]. Встановлено, що вживання алкоголю провокують такі чинники, як конфліктні відносини і відсутність взаєморозуміння у сім'ї, особисте позитивне ставлення до вживання алкоголю одним із членів родини [91-94]. Основними факторами, що спричиняють вживання алкоголю є: відсутність у більшості населення усвідомлення реальної необхідності здорового способу життя, легка доступність алкоголю, загальний негативний вплив сучасної масової культури та телекінопродукції, недостатньо об'єктивної інформації про проблему та про наявні ефективні підходи до боротьби з нею, відсутність ефективної зайнятості, невміння контролювати себе особисто, бажання стати «своїм» серед тих, хто вживає алкоголь [95-98]. Необхідно зазначити, що основною привабливістю спиртних напоїв є популяризація вживання алкоголю в кіно-, телерадіопередачах, рекламних роликах, проспектах тощо [99-103]. До біологічних чинників, що можуть бути передумовами вживання алкоголю, науковці віднесли: генетичну схильність, фізіологічні та гендерні особливості кожного організму, вік людини, вроджені аномалії фізичного розвитку, перенесені фізичні травми, захворювання центральної нервової системи, а також соматичні хвороби та інтоксикаційні захворювання [104-109]. У деяких країнах Європейського Союзу є спроби підготувати державний освітній стандарт і провідні напрями навчання фахівців боротьби із залежностями, проте в більшості держав вони мають рекомендаційний характер [110-119]. Як наслідок, простежується недостатня якість організації профілактичних антиалкогольних заходів залежно від ситуації.

Алкоголь є найпоширенішою психоактивною речовиною, що викликає залежність та широко використовується в багатьох країнах світу протягом століть. Шкідливе його вживання призводить до значного соціального і економічного тягаря хвороб в суспільстві. Епідеміологічні дослідження свідчать, що кількість проблем, пов'язаних зі вживанням алкоголю, зростає в багатьох країнах світу та він став одним з найбільш серйозних факторів ризику для здоров'я людини [120].

Переконливі дані про існування зв'язку між рівнем споживання населенням алкоголю і загальною смертністю були отримані в крос-секційному аналізі тимчасових серій з використанням показників з-понад 30 європейських країн за період з 2010 по 2016 роки. Встановлено, що зміна рівня споживання алкоголю на один літр супроводжується модифікацією загального показника смертності на 1% [120].

Незважаючи на те, що шкода, заподіяна алкоголем і випадки його вживання знизилися за період з 2010 по 2016 роки, безумовно, є позитивним результатом, але «тягар» алкоголю нині залишається ще занадто високим. Загалом у світі помирають щороку з цієї причини 2,3 млн. осіб, що становить 3,7 % глобальної смертності та 4,4% тягара хвороб.

У 2018 році в Україні загинуло 25 тисяч жінок та 53 тисячі чоловіків від причин, пов'язаних із вживанням алкоголю. Це складає 8,5% усіх смертей для жінок та 18% для чоловіків, які живуть на 18 років менше, ніж в США і на 12 років менше ніж в країнах Європейського Союзу [121].

Згідно зі стандартами ВООЗ, щорічне вживання понад 8 літрів чистого спирту на душу населення веде до деградації нації [36]. Українці вживають 8,3-8,6 л чистого етилового спирту на душу населення на рік. В дійсності, осіб, які вживають алкоголь набагато більше. Державна служба статистики України повідомляє, що середньостатистична українська родина витрачає на алкогольні напої близько 1200 грн на місяць [122].

За останнє десятиріччя в нашій країні відбулася суттєва трансформація різних аспектів алкогольних проблем. Змінилася структура споживання алкогольних напоїв (якщо раніше традиційно близько 65-70% купувався міцний алкоголь, то на даний час за обсягом продажів на перше місце вийшло пиво). Відзначаються і регіональні особливості алкоголізації: поширеність винного алкоголізму в аграрних районах Західної України (переважне споживання вин домашнього приготування). Окрім того, намітилася повсюдна тенденція формування алкоголізму в молодому віці, спостерігається збільшення частоти

залежності в осіб жіночої статі, зміна контингенту, що вживає алкоголь – переважання дисоціальних (які втратили родину, роботу, інвалідизовані, без певного місця проживання і засобів до існування) осіб [123-129].

За даними низки авторів, значущим фактором ризику є середній вік у чоловіків (у віковій категорії 25-34 роки до 31,7% і 35-49 років – до 33,7%). Серед жінок максимальна поширеність вживання алкоголю відзначається у віці до 25 років – 6,9%. Порівняння результатів дослідження в європейських країнах показало, що питома вага алкогольних розладів в Україні більш поширена. Слід зазначити, що поширеність алкоголізму в Європі серед чоловіків переважає в молодому і похилому віці, тоді як в Україні більшу частину респондентів з алкогольною залежністю становили чоловіки середнього віку [130-135].

## **1.2 Характеристика соматичних захворювань внаслідок шкідливого вживання алкоголю**

Асоційовані з алкоголем хвороби не завжди супроводжуються розвитком алкогольної залежності з явищами інтелектуальної деградації і соціальної дезадаптації, тобто алкоголізмом. Зв'язок зі споживанням алкоголю часто залишається нерозпізнаним, що і позначається на діагностиці та лікуванні [136-139].

Масштаби асоційованої з захворюваннями внаслідок вживання алкоголю соматичної патології настільки значні і поліморфні, що представляють фактично всі відомі в клінічній медицині патологічні стани (гіпертензія, кардіоміопатія, цукровий діабет, гепатит, цироз печінки, гастрит, виразкова хвороба шлунку або дванадцятипалої кишки, коліт, панкреатит, відповідно, психічні та поведінкові порушення: астеничні, тривожно-депресивні стани тощо). В цьому плані проблеми терапевтичної корекції, навіть на стадії купірування синдрому відміни алкоголю, потребують включення широкого спектру фармакологічних препаратів, здатних стабілізувати діяльність серцево-судинної та центральної нервової систем, органів дихання і шлунково-кишкового тракту, активувати обмінні й імунні процеси [140-143].

Шкідливе вживання алкоголю наражає людей з хронічними захворюваннями до підвищеного ризику медичних ускладнень. Проте, досліджень з оцінки споживання алкоголю серед цього контингенту осіб недостатньо.

Зловживання алкоголем є одним із факторів ризику розвитку цукрового діабету. У результатах епідеміологічних досліджень було продемонстровано взаємозв'язок між зловживанням спиртних напоїв і ризиком розвитку цукрового діабету 2-го типу. Так, в одному із досліджень показано, що вживання алкоголю в дозі більше 25 г в день значно підвищує ризик захворювання на цукровий діабет 2-го типу. Згідно з результатами іншого спостереження, ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу у суб'єктів, які вживають більше 36 г алкоголю, на 50% вище в порівнянні з тими, хто вживає 1,7 г алкоголю на день. Також було показано, що ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу у чоловіків середнього віку, які вживають більше 21 дози алкоголю в тиждень, на 50% вище в порівнянні з тими, хто вживав менше 1 дози на тиждень. Згідно з іншими даними, ризик цукрового діабету 2-го типу в 2,5 рази вище у чоловіків, що зловживають алкоголем, в порівнянні з абстинентами. В одній з робіт встановлено, що вживання великих доз алкогольних напоїв за короткий проміжок часу (так званий інтоксикаційний-орієнтований патерн споживання алкоголю) підвищує ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу у жінок. Що стосується виду алкогольного напою, то ризик розвитку цукрового діабету 2-го типу у чоловіків середнього віку, які споживають в тиждень більше 14 доз алкоголю у вигляді міцних спиртних напоїв, на 80% вище в порівнянні з жінками, які вживають слабоалкогольні напої [143-154].

У хворих на ЦД, які вживають спиртне, з'являється підвищений ризик розвитку глікемічного кризу, який може призвести до смерті. При систематичному вживанні спиртного можливий швидкий розвиток гострих, в тому числі необоротних патологій підшлункової залози. Особливу небезпеку становить для діабетиків першого типу, коли інсулін вводиться в організм ін'єкційно, утворюючи підвищену його концентрацію в крові – це може

спровокувати клітинне голодування, швидко погіршити загальне самопочуття людини і викликати перші ознаки гіпоглікемії [155].

Відкладення ліпідів є також небезпечним фактором для діабетиків. Вміст концентрованих вуглеводів в алкоголі зумовлює швидке відкладення жирів в організмі та загострення хронічних захворювань, впливаючи на загальний стан здоров'я людини [156,157].

На етапі становлення внутрішньо-лікарняної, позалікарняної ремісії проблеми корекції та реабілітації соматичної і психічної патології стають ще більш актуальними. Зловживання спиртними напоями суттєво підвищує ризик розвитку артеріальної гіпертензії, інсульту, кардіоміопатії, інфаркту міокарда, а також порушення ритму серця. Синдром відміни у хворих на алкогольну залежність майже в 100% випадків супроводжується ознаками порушення серцевої діяльності. Практично у всіх пацієнтів у цей період виникають епізоди синусової тахікардії або брадикардії. У 25-30% хворих виявляється фібриляція передсердь; в 10-15% – явища скорочувальної функції лівого шлуночка серця, а також розвиток гострої серцевої недостатності. Постінтоксикаційні порушення серцевої діяльності становлять одну з причин смерті хворих на алкогольну залежність при синдромі скасування [158-169].

Навіть у здорових осіб, які зрідка вживають алкоголь, можуть виникати аналогічні порушення при передозуванні. В цілому, хронічне інтоксикаційне алкогольне ушкодження серця характеризується комплексом функціональних деструктивних метаболічних та мікроциркуляторних розладів, що поряд з іншими наслідками і визначають алкогольну хворобу серця [170-172].

Слід зазначити, що більшість хронічних або гострих станів соматичних порушень у даного контингенту осіб спонукає їх звертатися до лікарів загального профілю, що в подальшому обумовлює сам процес лікування в закладах соматичного типу.

В практиці найближчий причинно-наслідковий зв'язок між алкогольною інтоксикацією та зазначеними станами часто не зауважують, а офіційна

статистика питомої ваги такої «замаскованої» алкогольної патології не наводить. Разом з цим при обслуговуванні даної категорії хворих сімейними лікарями алкогольний анамнез часто не враховується, спостерігається водночас гіпердіагностика соматичних захворювань, особливо в період наявності у хворих надмірного вживання алкоголю. Така проблема, втім як і питання адекватної фармакотерапії станів, асоційованих з прийомом спиртних напоїв, рідко обговорюються у вітчизняній та іноземній літературі. Водночас зловживання етанолом призводить до поліорганної недостатності, або так званої алкогольної полівісцеропатії – комплексу соматичних захворювань, причиною яких є токсичний вплив алкоголю в умовах тривалої інтоксикації. Здатність алкоголю викликати токсичні зміни практично в усіх органах і системах організму людини обумовлена його хімічними властивостями та особливостями трансформації [173].

При наявності алкогольної гіпертензії у хворих в постінтоксикаційному періоді доволі часто виникає гіпертонічний криз, який в свою чергу може викликати гострий розлад мозкового кровообігу. Підвищення АТ при цьому пов'язане з порушенням в системі катехоламінів водно-електролітного балансу тощо. Тривале зловживання алкоголем часто викликає у пацієнтів ураження серця – кардіоміопатію, яка є найчастішою патологією серед інших алкогольних вісцеропатій. Даний вид кардіоміопатії належить до вторинного – суто токсичного генезу і виникає при зловживанні алкоголем та діагностується посмертно у 2,8-3,5% пацієнтів. За даними зарубіжних авторів, алкогольна кардіоміопатія є найбільш поширеним серед інших токсичних видів. Хворі з такою патологією помирають протягом 5-7 років. В іншому варіанті в осіб, які зловживають алкоголем, виникають аритмії серцевої діяльності (різного типу). За статистикою, серед померлих від ІХС – 5,5% страждали на АКМП. При алкогольних кардіоміопатіях дуже частим є больовий синдром, що провокує ІХС. Алгічні прояви при цьому мають деякі специфічні особливості (не пов'язані з фізичним перевантаженням, з нападами як при стенокардії тощо), однак потребують відповідних знань терапевта. Поступово у хворих з алкогольною



залежністю розвивається серцева недостатність, легенева патологія (пневмосклероз, емфізема легенів) й інші прояви соматичної та психічної декомпенсації. У таких пацієнтів дуже часто виникають пневмонії з тяжким перебігом (набряк легенів, судинний колапс тощо) та з подальшим розвитком пневмосклерозу [174-181].

Серед інших соматичних наслідків алкогольної залежності є ураження ШКТ, зокрема шлунку – у вигляді гастриту (токсичного генезу) з частими алгічними проявами в епігастральній ділянці, виразкової хвороби, порушеннями апетиту та інші диспепсичні розлади, в подальшому періоді з формуванням ентероколіту [182-186].

Ураження підшлункової залози обумовлює розвиток хронічного алкогольного панкреатиту, що становить від 5,1 до 6%. За останні 30 років спостерігається загальна світова тенденція до збільшення у понад 2 рази захворюваності на виразкову хворобу шлунку (ВХШ) та хронічний алкогольний панкреатит (ХАП). Якщо у 2000-ті рр. ХАП становили 3,5-4% на 100 000 населення, то останнім часом, відповідно 8,2-10%, а в Україні – 27,4-50%. Зловживання алкоголем як причина гострого панкреатиту спостерігається приблизно у 50% усіх видів ХАП. При цьому сам вік виявлення панкреатиту знизився з 50 до 39 років. При наявності ВХШ або ХАП алкогольного генезу слід ураховувати, що такі хворі з метою зняття або зменшення больових проявів при цьому спеціально вживають алкогольні напої, що взагалі затушовує соматичну картину хвороби при зверненні до сімейного лікаря [182-193].

Серед інших інтраназологічних коморбідних патологій у пацієнтів, які зловживають алкоголем – є інтоксикаційна хвороба печінки, що поетапно характеризує стани: алкогольної адаптивної гепатомегалії, гепатиту, фіброзу, цирозу. За даними 47-го конгресу Європейської асоціації з вивчення печінки у 2012 р., підтверджено чіткий та прямий взаємозв'язок зловживання спиртних напоїв і смертності від подальших хвороб печінки. Безумовно, всі порушення її діяльності при зловживанні алкоголем пов'язані з різними допоміжними

факторами, відотною дозою алкоголю, стажом вживання, віком, особливостями соматичного стану, гендером тощо. Водночас порушення вегетативного регулювання різних систем зумовлює низку соматичних проявів, які ускладнюють відповідну діагностику, зокрема при кардіоваскулярній патології – виникають тахікардія у спокої, аритмія, гіпотензія; при гастроінтестинальній – нудота, блювання, діарея, закрепи; урогенітальній – розлади діурезу, атонія сечового міхура; розлади трофіки – набряки, варикозне розширення вен нижніх кінцівок; терморегуляційні порушення – гіпо-, гіпергідроз, погана переносимість тепла і холоду тощо [194-199].

Таким чином, адиктивні порушення з вживанням алкоголю як донозологічні варіанти, так і залежні стани, маючи багаторівневий причинно-наслідковий механізм, в тому числі психосоматичний, незважаючи на кількість різних наукових обумовлень, зумовлюють новий науково-практичний підхід в плані медико-соціальної допомоги, зокрема на стадії первинної амбулаторної допомоги, насамперед, сімейними лікарями, що потребує ретельного фахового дослідження і з медичною доказовістю вирішення цієї проблеми.

### **1.3 Якість життя соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками**

Існує низка досліджень, в яких з точки зору поширеності зловживання алкоголем поняття «якість життя» розглядається як похідне від економічного становища тих чи інших верств населення, зокрема, в країнах, що розвиваються або ж якість життя протиставляється певним економічним тенденціям [200-202].

У 1994 р. R. Longabaugh et al. провели дослідження з метою вивчення негативних наслідків вживання алкоголю в сфері якості життя, мотивуючи це тим, що доступні методи, що оцінюють споживання алкоголю, не відображають весь спектр змін, викликаних алкогольною залежністю. У роботі вказується, що вплив спиртних напоїв на якість життя може бути з позиції обстежуваного позитивним або негативним. При цьому зроблено висновок про необхідність ретельного вивчення впливу лікування на різні параметри якості життя [203].

У 1998 р. опубліковані результати дослідження, в якому розглянуто питання про надійність і валідність методів оцінки якості життя при психосоціальних порушеннях у осіб, які вживають алкоголь. Параметри якості життя порівнювалися з показниками шкали депресії Гамільтона, опитувальника вираженості алкогольної залежності і індексу вираженості зловживання [204].

У Польщі серед військовослужбовців зроблено дослідження, метою якого було визначити вплив зловживання алкоголю на якість життя в залежності від тяжкості ступеню вживання. Було підтверджено припущення, що якість життя знижується разом зі ступенем зловживання алкоголем. Аналогічні дані наведені К. L. Kraemer et al. і J. H. Foster et al. [205-207].

Про можливість прогнозування ймовірності рецидивів у осіб, залежних від алкоголю, використовуючи оцінку показників якості життя, свідчать дослідження, в яких вони оцінюються у хворих, котрі перебували під наглядом після проведеного протиалкогольного лікування. Згідно з отриманими даними, в ремісії спостерігалось поліпшення якості життя; в разі рецидиву зазначалося достовірне погіршення настрою, громадської підтримки і функцій на роботі та повсякденному житті [208].

#### **1.4 Соціально-демографічні, соціально-психологічні і клініко-психопатологічні передумови формування психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь**

На сучасному рівні вживання спиртних напоїв розглядається як один із аспектів взаємозв'язку адиктивної поведінки, зокрема не тільки медико-генетичної, а і соціально-психологічної, причому останньому належить більш суттєве місце як в виникненні, так і в подальшій динаміці цього загрозливого явища. Слід також мати на увазі, що вживання алкоголю дуже часто корелює із зростанням кількості ВІЛ-інфікованих, хворих на вірусний гепатит «С» або «Е», венеричні хвороби, не кажучи вже про психосоматичні та інші органічні розлади; кримінальних дій, порушенням сімейних відносин, збільшенням кількості самотніх матерів, знедолених або хворих дітей. Цей погляд в сучасній теорії

адикції і, зокрема, вживання алкоголю, поділяє більшість як зарубіжних, так і вітчизняних авторів [209-215]. Значною мірою це становище може знайти пояснення в нерозвинутості до останнього часу раннього доказового виявлення «загрозливих» категорій, особливо серед підлітково-молодого віку на рівні первинних медичних закладів, тобто сімейних лікарів, які мають поки що невикористані практичні можливості в загальній системі медико-соціальної допомоги особам, які вживають алкоголь і частіше з коморбідними наслідками у вигляді соматичної патології різного характеру. У нашій країні суттєві два аспекти: історично складові особливості європейської культури та діючого етапу розвитку української держави і суспільства. Однією з основних особливостей сучасної культури є її техногенний характер. Індустріалізація, комп'ютеризація, стрімке впровадження новітніх інформаційних технологій, бажання фінансового успіху та інше призвели до того, що вершиною інтересів людства став технічний прогрес з комфортом, який він привносить та фінансове становище. З раннього віку і протягом подальшого життя в умовах постійної конкуренції за «блага» суспільства, сама людина з її душевною суттєвістю відійшла на останній рівень. При цьому велика кількість населення стала відчувати глибоке почуття самотності, ізоляції, утрати сенсу життя. Ці відчуття не завжди до кінця усвідомлюються людиною, однак вони присутні і впевнено створюють потенційно негативний душевний стан. Розуміння себе як нікому непотрібного, відчуття безсилля за неможливості досягнути значного життєвого успіху, змінити негативну повсякденну ситуацію, утрата сенсу життя провокують депримірування або депресії різного рівня, що є фактором вживання алкоголю, як бажання компенсувати та покращити свій психічний (або психосоматичний) стан, незважаючи на негативні об'єктивні обставини побуту [216,217].

Слід підкреслити, що більшість зарубіжних науковців адиктивну поведінку трактують як зловживання алкоголем – до часу, поки від нього не сформувалась залежність [218,219]. Так, Ц.П. Короленко надає більш широке тлумачення адиктивної поведінки – це одна з форм деструктивної поведінки, яка має

вираження в бажанні відходу від реальності, шляхом зміни свого психічного стану за допомогою вживання алкоголю, або постійною фіксацією уваги на відповідних речах чи видах діяльності, що супроводжуються інтуїтивними емоціями [220].

О.Є. Лічко вважає, що саме особи з рисами акцентуації найбільше підлягають ризику розвитку відповідної адиктивної поведінки в цілому, оскільки у них найсильніше розвинута реакція групування з однолітками [221]. Низкою досліджень встановлено наявність трьох психологічних механізмів виникнення адиктивної поведінки з вживанням алкоголю. 1 – конвенційний механізм – наслідки адиктивної соціалізації; 2 – дисоціальний механізм формується в негативних мікросоціальних середовищах при афективних і дисоціальних порушеннях; 3 – інтегруючий механізм – цей варіант розвивається в ситуаціях гострої або хронічної фрустрації, життєвої аномалії, при своєрідних соціальних і сексуальних установах, високому рівні особистісної тривоги. Це все доволі часто спонукає осіб вказаного типу вживати алкоголь з метою психічної компенсації свого стану [222-224]. Е. Берн пропонує розглядати чинники комплексу АП даного порядку в потрібному аспекті: аномальної поведінки в цілому. Суть цього підходу полягає в наступному – патогенні чинники можуть бути головними і другорядними, зовнішніми та внутрішніми. Головний чинник той, який провокує та визначає найбільш істотні риси наслідків. При цьому зовнішніми причинами слід вважати певні процеси, які виникають на рівні всього суспільства; внутрішніми – особистісні, вікові, індивідуальні особливості. Згідно з психодинамічною теорією, порушення міжособистісних відносин батьків і дітей є однією з основних причин формування вживання останніми алкоголю. Цієї теорії дотримувався засновник транзактного аналізу Е. Берн [225]. На думку J. Curtin, вирішальним фактором формування АП із вживанням алкоголю у молодих осіб є алекситимія – труднощі з вербалізацією почуттів [226]. Особливу небезпеку подібний афект становить в юнацькому віці, коли інфантильний зв'язок із батьками поступово замінюється зрілими стосунками з іншими особами. Серед

інших чинників, які спонукають юнаків та молодь вживати алкоголь, сучасні автори виділяють аспект неправильного педагогічного підходу у вихованні молодого покоління, що нерідко викликає внутрішній протест і аномальну адиктивну поведінку. Психологічними факторами при цьому є невідповідність рівня домагань особистості її реальним можливостям. Деякі мають в основному соціальний характер – шкідливий вплив асоціальних груп, середовищ, сприймання негативної моди вживання алкогольних напоїв серед відповідних категорій осіб, нерозумні медіаінформативні свідчення та інші.

### **1.5 Світовий досвід психотерапевтичної, психопрофілактичної та психокорекційної допомоги в комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками**

Актуальність проблеми девіантної поведінки у вигляді зловживання алкоголем в адиктології визначила значну кількість підходів до її розв’язання. Переважно їх поділяють на медико-біологічні і психологічні [227].

Перший підхід походить від уявлення того, що основою девіантної поведінки при вживанні спиртних напоїв є психофізіологічне функціонування (порушення діяльності окремих структур мозку) і – отже, пріоритетним стає використання психофармакотерапії або інших біологічних та хімічних засобів впливу на його діяльність. Другий – базується на суттєвій значущості особистісних деформацій і виникненні відповідної психологічної корекції осіб, які вживають алкоголь (на різних ступенях процесу).

Психологічна допомога – це особливий вид стосунків, в рамках яких одна із сторін намагається допомогти іншій в особистісному, духовному зростанні, кращій життєдіяльності, досягненні зрілості, в умінні комунікації з суспільством. Практика медико-психологічного супроводу осіб, які вживають алкоголь, показує, що навіть при добровільній свідомій відмові від алкогольних напоїв, більшість адиктів, позбавляючись патологічно сформованих компенсаторних механізмів, виявляються не в змозі витримати роздратованість, агресивність, тобто, корегувати свій емоційний стан і, відповідно, поведінку. Цей факт є чинником

того, що більшість таких осіб відхиляють потребу в допомозі фахівців через страх виникнення абстиненції або депресії.

Уникання фахового лікування, навіть при виникненні психічних і соматичних проявів у означених хворих, зустрічається в більшості випадків, оскільки в них від початку присутні тривога, невпевненість в собі, почуття провини, які ніби нівелюються в стані дії алкогольного сп'яніння і загострюються у разі їх відсутності. У зв'язку з цим, такі пацієнти частіше на донозологічному рівні взагалі не звертаються по лікарську допомогу і тільки при важких ступенях вживання алкоголю, коли в них виникають серйозні проблеми зі здоров'ям, що призводить до значного погіршення соматичного стану, частина з них звертається також до лікаря загальної практики, приховуючи чинники своєї хвороби.

І.К. Сосін, Ю.Ф. Чуєв виявили за допомогою методики ММРІ у осіб, які зловживають алкоголем, цілу низку особливостей, що характерні таким хворим: труднощі в соціальній адаптації, схильність до асоціальної (психопатичної) поведінки, зневажання і протест проти суспільних соціальних норм і цінностей, непередбачуваність, поверхневність і суперечливість поведінки, егоцентризм, агресивність, ворожість до оточуючих, неадекватність прийняття навколишнього середовища, амбівалентність емоцій – тенденції до неорганізованих, позбавлених адекватної емоційної забарвленості міжособистісних відносин [228]. Дані реакції на фруструючі ситуації свідчать про такі особливості хворих: невміння вирішувати проблему, високий ступінь фіксації на перепонах, агресивний захист своєї особистості від зовнішніх дій та факторів, безвідповідальність, непристосованість, підвищена вимогливість до оточуючих.

Доволі часто домінуючою особливістю хворих, які зловживають алкоголем, є інфантилізм, який проявляється в імпульсивності, егоцентризмі і залежності від інших осіб.

Розглядаючи поведінку осіб, які вживають алкоголь як медико-соціальну дезадаптацію, І.К. Сосін вважає, що в даному разі мають місце два варіанти порушення адаптації: конкретна ситуація не виходить за межі інтересів

особистості (більшість проблем пов'язана з особистістю) та проблеми, які мають більш широкий простір. Однак і в першому, і в другому варіантах, в основі ставлення пацієнта до свого стану є емоційно-психологічний бар'єр, що обумовлює його поведінку [229].

Беручи за основу представлення континіуму алкогольних проблем як однієї з найбільш поширених ПАР в сучасному світі, слід сказати, що вона останніми роками набула дещо нової варіативності. Якщо раніше при наявності алкоголізму, як правило, рекомендували профільне стаціонарне лікування (в наркологічному диспансері), то нині в більшості країн світу фахівці стали наполягати здебільшого на амбулаторній допомозі, мотивуючи значущість відповідного соціального взаємозв'язку хворої людини із суспільством на період лікування, а також збереження можливості працювати при цьому і знаходитись в звичному мікросередовищі – сім'ї (якщо вона є). Такий підхід до проблеми має не тільки медичний і соціальний характер, але й економічний, зменшуючи значні затрати на перебування хворих в профільних лікарнях [230].

У науково-практичному сенсі спостерігається явна зміна в розумінні проблем вживання алкоголю і підходах до його лікування в цілому. Суть протиалкогольних програм в неспеціалізованих закладах зводиться до надання короткострокової терапії пацієнтам, які зловживають алкоголем, проводиться в загальнотерапевтичній практиці в неспеціалізованих психотерапевтичних службах, зокрема, лікарями сімейної медицини. Характер даного підходу обумовлюється, крім вказаного вище, значним рівнем соматичної патології (як наслідків вживання алкоголю) у означених пацієнтів, тобто, формуванням коморбідної психічної і соматичної патології. Важливим для хворого при цьому є збереження соціальних зв'язків з мікро- та макросередовищем. В даному разі пацієнт не має негативної стигматизації, яка часто буває при лікуванні в профільному стаціонарі, що теж є позитивним фактором як для самої людини, так і для її сім'ї. З цього приводу як профільні спеціалісти, так і загальні – сімейний лікар – можуть регулювати не тільки медичний, але й соціальний стан пацієнта.



У вивченні психотерапевтичних і реабілітаційних аспектів проблеми вживання алкоголю можна виділити два основних напрямки. Перший – психотерапевтичні дослідження у вузькому сенсі, метою яких є з'ясування механізмів особистісної предикції до захворювання; на основі їх результатів адаптуються відомі і розробляються нові методи психотерапії алкоголізму. Другий – визначення місця психотерапії в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів по відношенню до пацієнтів, які зловживають спиртними напоями, погодження загальної стратегії, окремих терапевтичних підходів і тактик з фахівцями в галузі наркології, медичної психології, соціальних працівників, юристів тощо.

В рамках першого напрямку основні зусилля зосереджені на пошуку специфічних «слабких ланок» особистісної структури. Симптоми алкогольної інтоксикації і супутні їй психічні зміни стають особливо привабливими, інтегруються в структуру індивідуальності певних людей з формуванням залежності від алкоголю, оскільки вони виконують завдання компенсації внутрішньоособистісних конфліктів. Особистість через ті чи інші причини не має внутрішніх, власне психічних ресурсів адаптації і поступається перед адиктивною силою алкоголю. Підсумовуючи дані проведених досліджень, можна зробити висновок, що психологічні витоки початку вживання алкоголю формуються в підлітковому і зрілому віці та взаємопов'язані з психічними травмами раннього дитячого періоду.

Психотерапевтична допомога в основному представлена групами підтримки, психологічними тренінгами, рідше – груповою психотерапією. Однак в пропонованих програмах дана допомога описується без чіткого патогенетичного обґрунтування і, відповідно, без визначення мішеней психотерапевтичного впливу, що не дозволяє вибудовувати раціонально обґрунтований континуум психотерапевтичної стратегії.

Детальне вивчення асоційованих з алкогольною залежністю особистісних розладів робить можливим впровадження в зазначені вище програми

профілактики вживання алкоголю диференційованих елементів особистісно-орієнтованої психотерапії. Разом з тим, найбільш перспективним і адекватним запитам й умовам вітчизняної наркології по співвідношенню ефективності та економічності представляється нам груповий психодинамічний підхід.

При визначенні місця психотерапії в системі лікування та реабілітації соматичних хворих, які вживають алкоголь, поки не вдається подолати деякі протиріччя. Так, до теперішнього часу в лікувальних арсеналах практикуючих в наркології психотерапевтів істотно превалюють не патогенетичні, а маніпулятивні і сугестивні методики аверсивної і «заборонної» спрямованості. При цьому їхні цілі і принципи не повністю збігаються з власне психотерапевтичними, якщо вважати, що психотерапія вирішує лікувальні завдання за допомогою розуміння психологічних витоків хвороби в контексті суб'єктивного досвіду людини [231,232]. Розглядаючи питання про спрямованість підтримуючої терапії у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, не можна не згадати про етичні аспекти, що виникають при вирішенні подібних проблем. Досі у вітчизняній практиці питання етики практично не розглядалися. Разом з тим вдосконалення етичних відносин може бути суттєвим резервом підвищення ефективності надання медичної допомоги хворим з коморбідною патологією.

## **Висновки до розділу 1**

Актуальність проблеми діагностики, психотерапії і психопрофілактики в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, є своєчасною і необхідною для її вирішення. Тому, проаналізувавши літературні джерела, ми дійшли висновку, що в науковому плані особливості психічних та поведінкових порушень при вживанні алкоголю зі шкідливими наслідками у хворих соматичного профілю недостатньо описано. Встановлено, що вживання алкоголю зі шкідливими наслідками соматичними хворими погіршує перебіг цих

захворювань, ускладнює їх клінічну картину, збільшує період непрацездатності і знижує ефективність лікування.

Таким чином, зібрані в ході огляду літератури дані свідчать про доцільність вибраної тематики дослідження.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях:

1. S. Tabachnikov, I. Pinchuk, E. Kharchenko, ...&, V. Salden. (2018). World experience of criteria for providing prophylactic and therapeutic assistance to patients with a somatic profile who use psychoactive substances in the practice of a family doctor. *Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України*. 2-3(104-105), 108-113 (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

2. Салдень В. І. (2019). Рання діагностика, психотерапія та психокорекція психічних та поведінкових розладів у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. Збірник статей та тез доповідей Всеукраїнської серпневої конференції «Педагогічний пошук – 2019, м. Київ, 15-16 серпня. С. 40-41.

3. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Рання діагностика вживання психоактивних речовин соматично хворими в практиці сімейної медицини» Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку // матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції 21 березня 2019 р., м. Запоріжжя. С. 25-26. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

4. Салдень В.І. Сучасні проблеми надання первинної медичної допомоги пацієнтам, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками в загальній практиці сімейної медицини. С. 171-172. Міжнародна науково-практична конференція «Нові тенденції та невирішені питання профілактичної та клінічної медицини», 25–26 вересня 2020 р., м. Люблін, Республіка Польща.

## РОЗДІЛ 2

# ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ДИЗАЙН І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1 Дизайн дослідження та загальна характеристика обстежених

Відповідно до мети і завдань дослідження за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, нами було обстежено 560 пацієнтів, які звертались із соматичними скаргами до сімейного лікаря в Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1» Солом'янського району м. Києва (КНП «ЦПМСД №1») в період 2018-2020 рр., з яких за допомогою критеріїв включення та виключення відібрано 240 тематичних хворих.

*Критеріями включення хворих у дослідження були:*

- вживання алкоголю зі шкідливими наслідками за AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test);
- наявність порушень психіки та поведінки у соматичних хворих які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками;
- вік від 18 до 60 років;
- інформована згода хворих на участь в дослідженні.

*Критерії виключення:*

- відсутність достатньої готовності до співпраці;
- синдром алкогольної залежності;
- тяжка неврологічна патологія;
- соматична патологія в декомпенсації.

Хворим проводилося ґрунтовне обстеження (на початку та по завершенню лікування) на базі КНП «ЦПМСД №1», що складалось з клініко-анамнестичного, психометричного (AUDIT), соціально-демографічного та розширеного клініко-психопатологічного інтерв'ю, в якому особливу увагу

приділяли скаргам респондентів, а також низки психодіагностичних методик за уніфікованою картою (затвердженою Вченою радою УНДІ ССПН МОЗ України (нині – ДУ «НДІП МОЗ України») від 24.05.2018 р., протокол № 5).

Обстеження проводили в 3 етапи: I етап – скринінг респондентів (до лікування); II етап – проведення психотерапії, психопрофілактики та психофармакотерапії; III етап – порівняльна оцінка ефективності лікування через 12 місяців; формулювання висновків дослідження та практичних рекомендацій; впровадження результатів дослідження в заклади охорони здоров'я і профільні вищі України.

Залежно від соматичної патології, досліджених ( $n=240$ ) було розподілено на 3 підгрупи: I – хворі на цукровий діабет 2-го типу; II – особи із гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця, кардіоміопатіями; III – пацієнти з виразковою хворобою шлунку і дванадцятипалої кишки, хронічними панкреатитами, хронічними холециститами).

В якості основної групи (ОГ) обстежено 150 хворих (105 чоловіків та 45 жінок), які, в свою чергу, були розподілені на три підгрупи за соматичною патологією по 50 осіб. Даним пацієнтам проводили розроблену нами комплексну систему психотерапії у поєднанні з психопрофілактикою і психофармакотерапією. До групи порівняння (ГП) увійшло 90 осіб (50 чоловіків та 40 жінок) по 30 осіб за соматичною патологією, яким сімейні лікарі проводили тільки фармакотерапію. Достовірної різниці між групами не визначено ( $p>0,05$ ) (рис. 2.1).

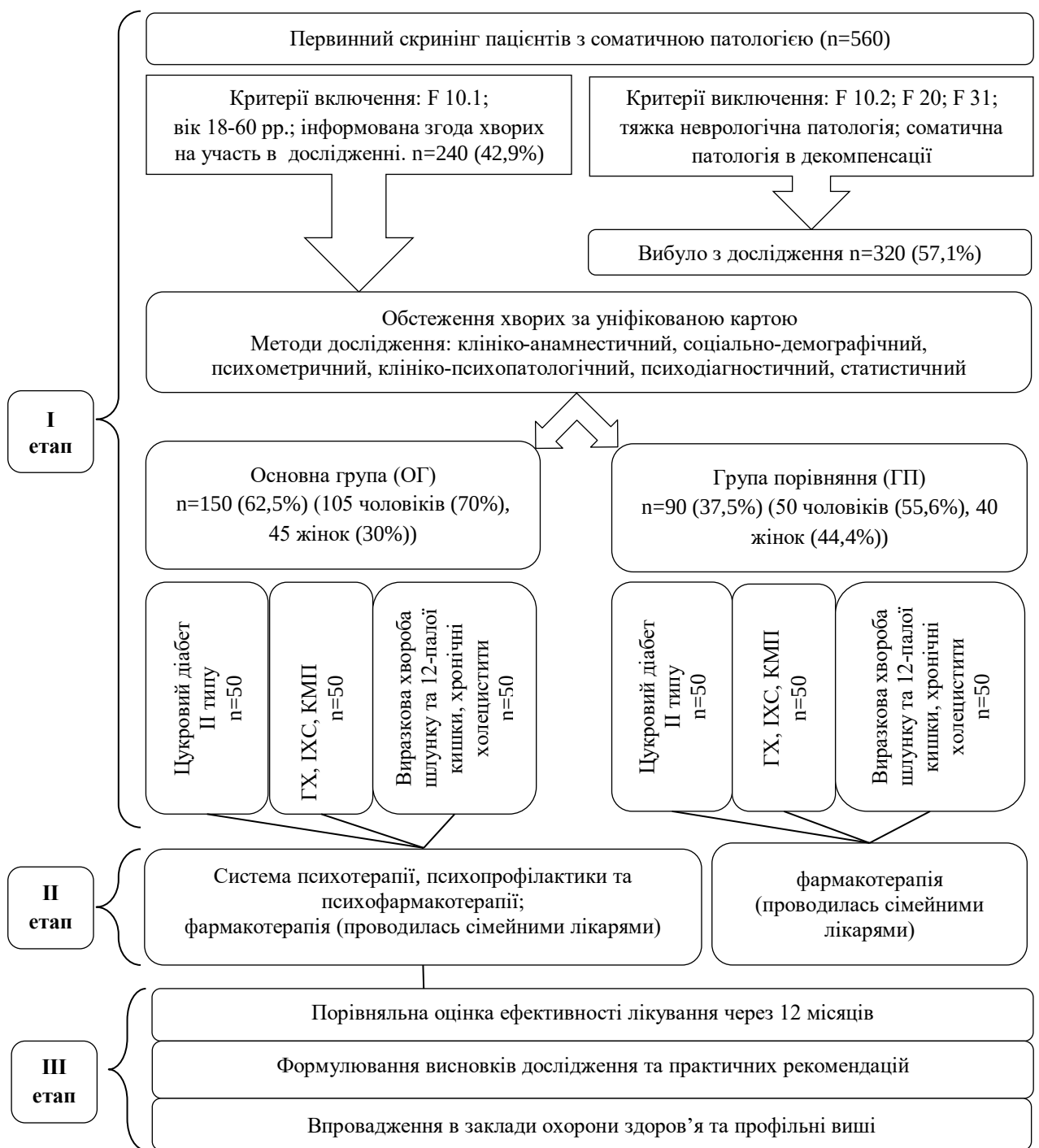


Рис.2.1. Дизайн та етапи дослідження

За допомогою клініко-анамнестичного метода отримано інформацію та проведено аналіз даних щодо спадковості, особливостей розвитку, зібрано дані про соматичний, неврологічний, психічний стан обстеженого. Соціально-демографічний метод застосовували для отримання об'єктивних даних з метою аналізу сімейної, професійно-трудової, соціальної адаптації. Серед

демографічних показників визначався розподіл досліджених хворих за віком та статтю (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Загальна характеристика соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками

| Ознаки / діапазони ознак |                                     | Частоти ознак            |      |                               |      | p*    |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------|-------------------------------|------|-------|
|                          |                                     | Основна група<br>(n=150) |      | Група<br>порівняння<br>(n=90) |      |       |
|                          |                                     |                          |      |                               |      |       |
| Вік                      | 18-35 рр.                           | 49                       | 32,7 | 27                            | 30,0 | 0,667 |
|                          | 36-60 рр.                           | 101                      | 67,3 | 63                            | 70,0 | 0,667 |
| Освіта                   | Середня                             | -                        | -    | -                             | -    | -     |
|                          | Середня спеціальна                  | 64                       | 43,0 | 43                            | 47,8 | 0,441 |
|                          | Вища                                | 86                       | 57,0 | 47                            | 52,2 | 0,441 |
| Сімейний стан            | У шлюбі                             | 79                       | 52,7 | 38                            | 42,2 | 0,118 |
|                          | Неодружені/незаміжні/цивільний шлюб | 43                       | 28,7 | 18                            | 20,0 | 0,135 |
|                          | В розлученні                        | 20                       | 13,3 | 33                            | 25,6 | 0,001 |
|                          | Вдівець/вдова                       | 8                        | 5,3  | 1                             | 1,1  | 0,096 |
| Взаємовідносини в родині | Доброзичливі, емоційно-теплі        | 72                       | 48,0 | 45                            | 50,0 | 0,765 |
|                          | Конфліктні                          | 26                       | 17,3 | 15                            | 16,7 | 0,895 |
|                          | Емоційно-прохолодні                 | 52                       | 34,7 | 30                            | 33,3 | 0,833 |
| Зайнятість               | Працює                              | 107                      | 71,3 | 66                            | 73,3 | 0,739 |
|                          | Не має постійної роботи             | 43                       | 28,7 | 24                            | 26,7 | 0,739 |
| Особливості анамнезу     | Психоемоційні перенавантаження      | 76                       | 50,7 | 45                            | 50,0 | 0,921 |
|                          | Виховання у благополучній сім'ї     | 87                       | 58,0 | 46                            | 51,1 | 0,299 |

|                                                                                                                              |                                                            |    |      |    |      |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----|------|----|------|-------|
|                                                                                                                              | Продовження таблиці 2.1                                    |    |      |    |      |       |
|                                                                                                                              | Виховання у дисфункціональній сім'ї                        | 63 | 42,0 | 33 | 36,7 | 0,414 |
|                                                                                                                              | ЧМТ в минулому                                             | 10 | 6,7  | 7  | 7,8  | 0,745 |
|                                                                                                                              | Обтяжена спадковість психічними та поведінковими розладами | 18 | 12,0 | 11 | 12,2 | 0,959 |
| Примітка: * - достовірність відмінності частот показників в основній групі і в групі порівняння за критерієм $\chi$ -квадрат |                                                            |    |      |    |      |       |

Як видно з таблиці 2.1, за віком респонденти розподілені на дві групи: 18-35 років – ОГ – 49 (32,7%) осіб, ГП – 27 (30,0%) хворих; 36-60 років – ОГ – 101 (67,3%) особа, ГП – 63 (70,0%) ( $p>0,05$ ).

Виявлено, що 86 (57,0%) осіб ОГ і 47 (52,2%) досліджуваних ГП мали вищу освіту, 64 респонденти (43,0%) і 43 (47,8%) відповідно – середню спеціальну. Осіб із незакінченою і загальною середньою освітою не було ( $p>0,05$ ).

79 (52,7%) обстежених ОГ і 38 осіб (42,2%) ГП перебували у шлюбі, 20 (13,3%) і 33 (25,6%) розлучені ( $p<0,05$ ) та 43 (28,7%) і 18 (20,0%) були у цивільному шлюбі, 8 осіб (5,3%) ОГ і 1 респондент (1,1%) ГП – вдівці ( $p>0,05$ ).

Аналіз взаємовідносин в родині показав, що в ОГ конфліктні стосунки мали 26 респондентів (17,3%); емоційно-прохолодні – 52 особи (34,7%); доброзичливі – 72 обстежених (48,0%). У ГП: 15 (16,7%); 30 (33,3%); 45 (50,0%) відповідно. За результатами дослідження матеріальних умов респондентів встановлено, що у 79 осіб (52,7%) ОГ і 32 респонденти (35,6%) ГП вони були незадовільні ( $p>0,05$ ).

Стосовно працездатності: у ОГ 107 респондентів (71,3%) працювали; 43 особи (28,7%) – постійної роботи не мали. У ГП: 66 (73,3%) і 24 (26,7%) відповідно ( $p>0,05$ ).

Особливості анамнезу респондентів ОГ показали, що 63 особи (42,0%) в дитинстві виховувались у дисфункціональних сім'ях; суттєві психоемоційні



перевантаження виявлено у 76 обстежених (50,7%); у 18 осіб (12,0%) спадковість обтяжена психічними та поведінковими розладами; травми головного мозку в анамнезі були у 10 (6,7%) обстежених. У ГП: дисфункціональні сім'ї мали 33 особи (36,7%); психоемоційні перевантаження – 45 (50,0%); обтяжена спадковість – 11 респондентів (12,2%); травми головного мозку – 7 осіб (7,8%) ( $p>0,05$ ).

Таким чином, наявність означених чинників, як складна побутова ситуація в сім'ї, суттєві психоемоційні перевантаження, що пов'язані в основному з соціально-економічною нестабільністю загального і особистісного характеру, обтяжена спадковість психічними та поведінковими порушеннями тощо, певною мірою спонукали обстежених до вживання алкоголю з метою компенсації свого негативного стану.

## **2.2. Методи дослідження**

Клініко-анамнестичний метод включав структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, особливостей розвитку, збору даних про соматичний, неврологічний, психічний стан обстеженого, виявленням факторів, що роблять негативний вплив на психічне здоров'я.

Соціально-демографічний метод застосовували для отримання об'єктивних даних для аналізу сімейної, професійно-трудової, соціальної адаптації. З демографічних показників визначався віковий та статевий розподіл досліджених хворих.

Психометричний метод включав AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), який проводився двічі: на початку та по завершенню лікування, з метою комплексної оцінки адиктивного статусу, визначення його тяжкості і глибини. Окрім розгляду результуючого показника за AUDIT, аналізували також інформацію за окремими питаннями та блоками: 1-3 – стиль вживання алкоголю, 4-6 – ознаки АЗ, 7-10 – шкідливість наслідків вживання алкоголю.

AUDIT для ідентифікації розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю за допомогою 10 питань (які можуть бути представлені як в формі інтерв'ю, так і самозвітів пацієнтів) визначає стиль вживання алкоголю, що може досягти ризикованого або небезпечного рівня вживання, до стану залежності. Сума відповідей від 8 до 15 балів свідчить про наявність небезпечного вживання алкоголю, сума від 16 до 19 балів – вживання зі шкідливими наслідками та від 20 балів – наявність алкогольної залежності. Цей тест забезпечує точність оцінки незалежно від статі, віку і соціального стану респондента, має високу чутливість (92%) і специфічність (93%), відповідає діагностичним критеріям МКХ-10.

Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження, спрямованих на виявлення провідних симптомів, синдромів та їх динаміки із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10.

Психодіагностичний метод включав дослідження (проводилися двічі – на початку та по завершенню лікування) з використанням:

1. Шкали оцінки здоров'я пацієнта «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9, 1999), призначеної для виявлення депресії та оцінки її у динаміці. Оскільки вона є простою для заповнення і не потребує значного часу пацієнта, може використовуватися у широкій клінічній практиці, в тому числі в закладах первинної медико-санітарної допомоги. Анкета складалася з десяти запитань щодо стану хворого протягом останніх двох тижнів. Інтерпретація результатів дослідження проводилася шляхом оцінки кількості балів по кожному запитанню, причому висновок щодо депресії можливий лише у випадку, коли відповіді на запитання 1 та/або 2 відповідають двом або трьом балам. Визначення ступеня тяжкості депресії та оцінка її динаміки відбувалися шляхом підрахунку загальної суми балів: 1–4 бали відповідає мінімальній виразності симптомів депресії, 5–9 балів – депресії легкого ступеня, 10–14 балів – помірного ступеня, 15–19 балів – помірно-тяжкого ступеня, 20–27 балів – тяжкого ступеня.

2. Методики диференційної діагностики депресивного стану В. Зунге (1965), адаптованої Т.І. Балашовою (2004), яка розроблена на основі діагностичних критеріїв депресії і результатів опитування пацієнтів. Оцінка тяжкості депресії проводилася на основі самооцінки пацієнта та складалася з 20 питань. Опитувальник розроблений для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях. Рівень депресії (РД) розраховувався як сума всіх закреслених цифр. Якщо РД не більше 50 балів, то діагностувався стан без депресії; від 50 до 59 балів – легка депресія ситуативного чи невротичного генезу; від 60 до 69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія. Депресивний стан діагностувався при РД більше 70 балів.

3. Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS – Hospital Anxiety Depression Scale, A. S. Zigmond, R. P. Snaithe, 1983), розробленої для того, щоб провести скринінг для оцінки тривожності і депресії в звичайних госпітальних умовах. Незважаючи на термін «госпітальний» в її назві, при подальшій роботі встановлено, що застосування шкали обґрунтовано і в закладах первинної медичної допомоги, і в амбулаторних умовах. Її переваги полягали в простоті застосування і обробки (заповнення не потребувало тривалого часу і не викликало ускладнень у пацієнта). Шкала дає можливість роздільно оцінювати два стани: тривожність (HADS-A) і депресію (HADS-D). Для кожного з них сума балів менше 8 є нормою, 8-10 балів – «межовим» станом, а більше 10 – вказує на відповідний можливий розлад. Пацієнту пояснювали, як заповнити бланк шкали з тим, щоб відобразити його теперішній стан (в останній день або два). Пункти шкали вибрані таким чином, щоб на відповіді не впливало супутнє соматичне захворювання: наприклад, такі пункти як втрата апетиту або порушення сну, які можуть бути симптомами афективного розладу або соматичного захворювання, були виключені. Субшкала оцінки депресії складалася з питань, що відображали втрату реакції задоволення, одного пункту для визначення загальмованості й іншого для визначення пригніченого настрою. Це відповідає стану, що

позначається терміном «соматична» депресія в МКХ-10, що, ймовірно, відображає біогенний, а не психогенний стан розладу настрою. Стабільно високий бал за шкалою депресії може вказувати на реакцію у відповідь на терапію антидепресантами або лікування соматичної патології. Психогенне порушення настрою (наприклад, горе або низька самооцінка) може не відобразитися на шкалі оцінки депресії.

4. Шкали оцінки ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (1981), яка дозволяє провести диференційоване оцінювання рівня тривожності в конкретний момент часу (ситуативна тривожність) та оцінити особистісну тривожність (вивчається тривожність як характеристика особистості). Вона складалася з двох розділів, кожний із яких містить 20 питань, що оцінювалися за чотирьохбальною шкалою та описували актуальний, поточний емоційний (перша шкала), або звичний, притаманний повсякденності стани. При інтерпретації результатів можливі наступні варіанти (значення в межах від 20 до 80 балів): до 30 балів – низький рівень тривожності, від 31 до 45 – помірний рівень тривожності, більше 45 балів – високий рівень тривожності.

5. Методики «САН: Самопочуття. Активність. Настрій» (за В.О. Доскіним, Н.А. Лаврентьєвою та співав., 1973), для оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (за першими літерами цих функціональних станів і названий опитувальник). Шкала САН складалася з індексів (3210123) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображали рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій).

6. Методики вивчення типу акцентуації рис характеру та темпераменту К. Леонгарда – Х. Шмішека (1970), з метою вивчення характерологічних акцентуацій особистості респондентів. Надмірна вираженість рис акцентуації призводить до структурних психологічних змін, а в умовах існуючої хронічної

соматичної патології – до розладу структури особистості пацієнта. Акцентуацію певної риси ми розглядали не як патологію, а як визначене відхилення від середньої норми – яскраво виражену своєрідність психічного складу пацієнта. Кожному досліджуваному пропонувалося 88 запитань, на які він мав дати стверджувальну відповідь «Так» або «Ні». Отримані результати підраховували за кожною шкалою опитувальника, після чого множили на визначене в ключі число. Інтерпретацію отриманих даних проводили відповідно до домінуючих позицій тієї чи іншої акцентуації характеру й зіставляли з особливостями перебігу адаптаційного процесу до існуючої соматичної патології й особливостями їхньої поведінки.

7. Опитувальника «Якість життя-100» (ЯЖ-100) (Mezzich, Cohen, Ruizperez, Liu & Yoon, 1999), який містить 10 шкал:

1. Фізичне благополуччя (енергійність, відсутність болю та фізичних проблем);
2. Психологічне / емоційне благополуччя (гарне самопочуття, згода з самим собою);
3. Самообслуговування та незалежність у діях (виконання повсякденних життєвих завдань, прийняття власних рішень);
4. Працездатність (можливість виконувати робочі, навчальні та домашні обов'язки);
5. Міжособистісна взаємодія (можливість встановлювати та підтримувати гарні стосунки в сім'ї, з друзями та колективі);
6. Соціально-емоційна підтримка (наявність людей, яким досліджуваний довіряє і які можуть надати йому допомогу та емоційну підтримку);
7. Суспільна службова підтримка (приятелі та безпечні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних та ін. ресурсів);
8. Самореалізація (відчуття власної рівноваги, гармонійності та гідності, отримання задоволення від сексу, мистецтва та ін.);
9. Духовна реалізація (віра, релігійність);
10. Загальна оцінка якості життя (ступінь задоволеності життям в цілому).

При вивченні особливостей ЯЖ хворих оцінювали показники, що характеризували основні сфери життєдіяльності обстежених: а) суб'єктивне благополуччя/задоволеність; б) виконання соціальних ролей; в) зовнішні життєві умови. Окремо вираховували інтегративний показник ЯЖ.

Діагностика суб'єктивного благополуччя/задоволеності життям включала аналіз результатів за шкалами «фізичне благополуччя», «психологічне/емоційне благополуччя», «загальне сприйняття життя». Оцінку виконання соціальних ролей індивідом проводили, аналізуючи показники за шкалами «самообслуговування і незалежності дій», «міжособистісна взаємодія», «особистісна реалізація», «працездатність». Зовнішні життєві умови оцінювали, виходячи з результатів, отриманих за шкалами «соціально-емоційна підтримка», «суспільна і службова підтримка», «духовна реалізація».

Статистичний метод. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою критеріїв U-Манна-Уїтні та  $\chi^2$  для визначення вірогідності розбіжності між групами. Достовірним вважали рівень значення  $p < 0,05$ . Математичні розрахунки проводили з використанням програми «Statistica for Windows, Release 6.0 та електронних таблиць Excel 10, а також програми математичної і статистичної обробки SPSS 18 [30].

## **Висновки до розділу 2**

Для реалізації мети дослідження нами проведено обстеження 240 соматичних хворих у віці 18-60 років, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. Залежно від соматичної патології респонденти були розділені на підгрупи: I – хворі на ЦД 2-го типу; II – особи із захворюваннями серцево-судинної системи (ГХ, ІХС, КМП); III – пацієнти з патологією шлунково-кишкового тракту (виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, хронічні холецистити, хронічні панкреатити). Усіх хворих було розділено на дві групи: основну групу (ОГ) склали 150 хворих (105 чоловіків та 45 жінок), які, в свою чергу, були розподілені на три підгрупи за соматичною патологією по 50 осіб. Достовірної різниці між групами не визначено ( $p > 0,05$ ). Даним пацієнтам

проводили розроблену нами комплексну систему діагностики, психотерапії і психопрофілактики у поєднанні з психофармакотерапією. До групи порівняння (ГП) увійшло 90 осіб (50 чоловіків та 40 жінок), яким сімейні лікарі проводили тільки стандартну фармакотерапію.

Для вирішення поставлених завдань в роботі був використаний комплекс клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, психометричних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних і статистичних методів дослідження.

Обраний діагностичний інструментарій дозволив вирішити основні завдання наукової роботи: провести інформаційно-аналітичний аналіз результатів клініко-епідеміологічних досліджень розповсюдженості психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками; визначити соціально-демографічні, вікові, психопатологічні характеристики; виявити психологічні та клініко-психопатологічні особливості психічних та поведінкових порушень у даного контингенту осіб на засадах доказової медицини.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях:

1. Salden V. (2018). General characteristics of primary care patients who drink alcohol with harmful effects. *Sciences of Europe (Praha, Czech Republic)* 2(34), 29-33.

2. Tabachnikov S.I., Pinchuk I.Ya., Kharchenko Ye.M., Osukhovskaya O.S., Tabachnikov O.Yu., Mazbits V.B., Chepurna A.M., Salden V.I., Tovalovych T.V., Mykhalchuk N.O. (2018). Psychological, clinical and instrumental-laboratory methods for the diagnosis of the usage of psychoactive substances by somatic patients in the practice of family medicine. *Archives of Psychiatry*. Т. 24, № 4 (95), 229-234 (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

3. Салдень В.І. (2019). Гендерні особливості вживання алкоголю зі шкідливими наслідками при психічній та соматичній патології в практиці сімейної медицини. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 4(1), 2 с., // тези науково-практичної конференції «Психосоматична медицина: наука і практика» м. Київ.

4. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Когнітивні порушення у соматично хворих, які вживають психоактивні речовини в практиці сімейної медицини. *Матеріали XIX Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченої 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка / Харків: Видавництво «Плеяда», 177-180. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).*

5. Салдень В.І. (2019). Психодіагностичне дослідження хворих з соматичною патологією, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Архів психіатрії*. Т. 25, № 2 (97), 119-120.

6. Салдень В.І. (2018). Алгоритм надання комплексної первинної медичної допомоги особам із соматичними захворюваннями, які вживають алкоголь. *Архів психіатрії*. Т. 24(1), 60-61.

7. Салдень В.І. (2020). Клініко-психопатологічні та психодіагностичні методи дослідження соматичних хворих с психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. *Тези XV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації і абілітації людини», 249-251, м. Костянтинівка, Україна.*

8. Табачніков С.І., Харченко Є.М., Осуховська О.С., Михальчук Н.О., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Сучасна діагностика вживання психоактивних речовин в практиці сімейної медицини. *Матеріали XIX Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченої 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка // Харків: Видавництво «Плеяда», 174-176 (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).*



# РОЗДІЛ 3

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ У СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ КЛІНІКО- ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ І ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДО ЛІКУВАННЯ

Психологічні фактори відіграють, як відомо, велику роль в забезпеченні соматичного здоров'я та адаптації особистості. З огляду на це, ми провели клініко-психопатологічні і психодіагностичні дослідження з метою отримання об'єктивних даних, що відображають психологічні характеристики соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь з шкідливими наслідками та знаходились під нашим спостереженням. Отримані результати детально представлені в наведених нижче розділах 3 і 4 (до і після лікування).

### 3.1. Результати AUDIT

На I (скринінговому) етапі за допомогою AUDIT було обстежено 560 пацієнтів, які звертались із соматичними скаргами до сімейного лікаря, з яких за допомогою критеріїв включення та виключення відібрано 240 тематичних хворих. Дані порівняльної характеристики обстежених наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика обстежених за результатами AUDIT до лікування

| Показники                                                                                                                                                                                                                                               | Середні значення показників, балів ** |                         | p*    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                         | Основна група (n=150)                 | Група порівняння (n=90) |       |
| AUDIT                                                                                                                                                                                                                                                   | 17,4±1,15                             | 17,3±1,14               | 0,951 |
| Примітки: * - достовірність відмінності частот показників в основній групі від групи порівняння за критерієм U- Манна-Уїтні<br>** - середні значення показників подано у форматі «середня арифметична ±стандартна похибка середньої арифметичної» (M±m) |                                       |                         |       |

Як видно з таблиці 3.1, середній показник в ОГ становив  $17,4 \pm 1,15$  бали, а в ГП –  $17,3 \pm 1,14$  бали, що свідчить про вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (стиль вживання алкогольних напоїв, який призводить до розладів фізичного, психічного здоров'я та соціального функціонування споживача). Статистично достовірних відмінностей показників між двома групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

### 3.2. Клініко-психопатологічна характеристика обстежених

При проведенні клініко-психопатологічного дослідження нами виявлено, що загальними скаргами усіх категорій хворих були: порушення сну, дратівливість, відчуття внутрішньої напруги, інколи рухова загальмованість або непосидючість, швидка втомлюваність, зниження працездатності, коливання настрою, проблеми з концентрацією уваги, страх смерті, неспокійні думки, бажання поліпшити соматичний стан, підвищити активність і настрій за рахунок вживання алкоголю, прагнення позбутися неприємних переживань, заглушити їх.

### 3.3. Оцінка депресивного розладу за методикою PHQ-9

Дані порівняльної характеристики обстежених за результатами психодіагностичного дослідження за методикою PHQ-9 до лікування наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Оцінка тяжкості депресивного стану респондентів основної групи та групи порівняння за опитувальником здоров'я пацієнтів PHQ-9

| Методи (шкали) / ознаки (діапазони ознак) |                            | Частоти ознак            |      |                               |      | p*    |
|-------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|------|-------------------------------|------|-------|
|                                           |                            | Основна група<br>(n=150) |      | Група<br>порівняння<br>(n=90) |      |       |
|                                           |                            |                          |      |                               |      |       |
| PHQ-9                                     | Без депресії (0-4 бали)    | 19                       | 12,7 | 7                             | 7,8  | 0,239 |
|                                           | Легка депресія (5-9 балів) | 97                       | 64,7 | 52                            | 57,7 | 0,287 |

|                                                                                   |                                      |    |      |    |      |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----|------|----|------|-------|
| Продовження таблиці 3.2                                                           |                                      |    |      |    |      |       |
|                                                                                   | Помірна депресія (10-14 балів)       | 29 | 19,3 | 25 | 27,8 | 0,130 |
|                                                                                   | Помірно-тяжка депресія (20-27 балів) | 5  | 3,3  | 6  | 6,7  | 0,232 |
| Примітка: * - достовірність відмінності частот ознак за критерієм $\chi$ -квадрат |                                      |    |      |    |      |       |

Так, за даними табл. 3.2, в основній групі (n=150) категорію пацієнтів з легкою депресією становили більшість – 97 осіб (64,7%), обстежені з помірною депресією – 29 осіб (19,3%), хворі на помірно-тяжку депресію – 5 осіб (3,3%), у 19 респондентів (12,7%) ознак депресії не було. У групі порівняння (n=90) пацієнтів з легкою депресією спостерігалось 52 особи (57,7%), помірною депресією – 25 осіб (27,8%), помірно-тяжкою депресією – 6 осіб (6,7%), 7 респондентів (7,8%) ознак депресії не мали. Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p>0,05$ ).

#### 3.4. Диференційна діагностика депресивних станів за методикою В. Зунге (адаптація Т. Балашової)

Дані порівняльної характеристики обстежених за результатами психодіагностичного дослідження за методикою В. Зунге (адаптація Т. Балашової) до лікування наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Диференційна діагностика депресивних станів за методикою В. Зунге (адаптація Т. Балашової) серед респондентів основної групи та групи порівняння

| Методи (шкали) / ознаки (діапазони ознак) |                                   | Частоти ознак            |      |                               |      | p*    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------|-------------------------------|------|-------|
|                                           |                                   | Основна група<br>(n=150) |      | Група<br>порівняння<br>(n=90) |      |       |
|                                           |                                   |                          |      |                               |      |       |
| В.Зунге                                   | Легка депресія (50-59 балів)      | 128                      | 85,3 | 73                            | 81,1 | 0,391 |
|                                           | Субдепресивний стан (60-69 балів) | 5                        | 3,4  | 6                             | 6,7  | 0,232 |

|                                                                                                                         |  |  |    |      |    |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----|------|----|------|
| Продовження таблиці 3.3                                                                                                 |  |  |    |      |    |      |
| Без ознак депресії (>50 балів)                                                                                          |  |  | 17 | 11,3 | 11 | 12.2 |
| Примітка: * - достовірність відмінності частот ознак в основній групі від групи порівняння за критерієм $\chi$ -квадрат |  |  |    |      |    |      |

За результатами дослідження серед респондентів основної групи у більшості спостерігалася легка депресія – 128 осіб (85,3%); субдепресивний стан мали 5 досліджених (3,4%); 17 осіб (11,3%) – без ознак депресії. У групі порівняння (n=90) з легкою депресією виявлено 73 особи (81,1%); субдепресивний стан спостерігався у 6 осіб (6,7%); 11 респондентів (12,2%) ознак депресії не мали. Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p>0,05$ ).

### 3.5. Аналіз результатів дослідження осіб за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)

Дослідження осіб за Госпітальною шкалою тривоги і депресії HADS показало наступне (табл. 3.4):

Таблиця 3.4

Характер тривоги і депресії за Госпітальною шкалою HADS у респондентів основної групи та групи порівняння

| Методи (шкали) / ознаки (діапазони ознак)                                                                         |                    |                           | Частоти ознак            |      |                               |      | p*    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|------|-------------------------------|------|-------|
|                                                                                                                   |                    |                           | Основна група<br>(n=150) |      | Група<br>порівняння<br>(n=90) |      |       |
|                                                                                                                   |                    |                           |                          |      |                               |      |       |
|                                                                                                                   |                    |                           | Абс.                     | %    | Абс.                          | %    |       |
| HADS                                                                                                              | Тривога<br>HADS-A  | Межовий стан (8-10)       | 129                      | 86,0 | 71                            | 78,9 | 0,153 |
|                                                                                                                   |                    | Норма (0-7 балів)         | 21                       | 14,0 | 19                            | 21,1 | 0,153 |
|                                                                                                                   | Депресія<br>HADS-D | Межовий стан (8-10 балів) | 132                      | 88,0 | 75                            | 83,3 | 0,310 |
|                                                                                                                   |                    | Норма (0-7 балів)         | 18                       | 12,0 | 15                            | 16,7 | 0,310 |
| Примітка: * - достовірність відмінності частот ознак в основній групі від групи порівняння за критерієм χ-квадрат |                    |                           |                          |      |                               |      |       |

Як видно з табл. 3.4, серед респондентів основної групи рівень тривоги категорії межових станів спостерігався у 129 осіб (86,0%), а 21 особа (14,0%) відповідала категорії норми. Патологічних станів виявлено не було. Щодо ознак депресії, у 132 осіб (88,0%) визначався межовий рівень, у 18 обстежених (12,0%) депресія відсутня. Серед обстежених групи порівняння 71 особа (78,9%) мала рівень тривоги в категорії межового стану, пацієнтів без ознак тривоги було 19 (21,1%). Щодо ознак депресії у 75 осіб (83,3%) визначався межовий рівень, а у 15 осіб (16,7%) ознак депресії не встановлено. Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p>0,05$ ).

### 3.6. Оцінка рівня ситуативної та особистісної тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Дані порівняльної характеристики обстежених за шкалою оцінки рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна наведено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Шкала оцінки рівня ситуативної та особистісної тривожності  
Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна респондентів основної групи та групи порівняння

| Методи (шкали) / ознаки (діапазони ознак) |              |                        | Частоти ознак            |      |                               |      | p*    |
|-------------------------------------------|--------------|------------------------|--------------------------|------|-------------------------------|------|-------|
|                                           |              |                        | Основна група<br>(n=150) |      | Група<br>порівняння<br>(n=90) |      |       |
|                                           |              |                        |                          |      |                               |      |       |
| Абс.                                      | %            | Абс.                   | %                        |      |                               |      |       |
| Ч.Д. Спілбергера-<br>Ю.Л.Ханіна           | Рівень<br>СТ | Високий (≥46 балів)    | 32                       | 21,3 | 22                            | 24,4 | 0,577 |
|                                           |              | Помірний (31-45 балів) | 84                       | 56,0 | 52                            | 57,8 | 0,788 |
|                                           |              | Низький (≤30 балів)    | 34                       | 22,7 | 16                            | 17,8 | 0,367 |

|                                                                                                                         |              |                            |    |      |    |      |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------|----|------|----|------|-------|
| Продовження таблиці 3.5                                                                                                 |              |                            |    |      |    |      |       |
|                                                                                                                         | Рівень<br>ОТ | Високий ( $\geq 46$ балів) | 39 | 26,0 | 27 | 30,0 | 0,502 |
|                                                                                                                         |              | Помірний (31-45 балів)     | 82 | 54,7 | 49 | 54,4 | 0,974 |
|                                                                                                                         |              | Низький (31-45 балів)      | 29 | 19,3 | 14 | 15,6 | 0,461 |
| Примітка: * - достовірність відмінності частот ознак в основній групі від групи порівняння за критерієм $\chi$ -квадрат |              |                            |    |      |    |      |       |

За шкалою оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна у більшості обстежених ОГ спостерігався помірний рівень як ситуативної – 84 особи (56,0%), так і особистісної тривожності – 82 респонденти (54,7%). У 32 осіб (21,3%) виявлено високий рівень ситуативної тривожності, а особистісної – у 39 обстежених (26,0%). Низький рівень ситуативної тривожності було у 34 осіб (22,7%), особистісної – у 29 респондентів (19,3%). Серед обстежених ГП помірний рівень ситуативної тривожності був у 52 осіб (57,8%), а особистісної – у 49 респондентів (54,4%). У 22 осіб (24,4%) виявлено високий рівень ситуативної тривожності; щодо особистісної – високий рівень спостерігався у 27 респондентів (30,0%). Низький рівень ситуативної тривожності був у 16 осіб (17,8%), а особистісної – у 14 обстежених (15,6%). Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не спостерігалось ( $p > 0,05$ ).

### **3.7. Результати дослідження типу акцентуації особистостей за опитувальником К. Леонгарда – Г. Шмішека**

Акцентуації характеру є одним із найважливіших психологічних параметрів, від яких значною мірою залежить адаптація. Під акцентуацією розуміють загострення рис характеру, що не доходять до ступеня патології. Вони відрізняються від клінічно виявляємої патології характеру тим, що, по-перше, проявляються не завжди, а лише в тих випадках, коли важкі життєві

ситуації пред'являють підвищені вимоги до місця «найменшого опору» в характері даного індивіда; по-друге, вони не перешкоджають задовільній соціальній адаптації; по-третє, в певних ситуаціях акцентуації характеру можуть сприяти соціальній адаптації.

З метою виявлення акцентуацій, як зазначалося в розділі 2, обстежили усіх хворих, які були на спостереженні за опитувальником К. Леонгарда – Г. Шмішека. Результати цього обстеження наведені в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати дослідження типу акцентуації особистостей за опитувальником К. Леонгарда – Г. Шмішека респондентів основної групи та групи порівняння

| Ознаки (тип акцентуації)                                                                                          | Частоти ознак            |      |                               |      | p*    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|-------------------------------|------|-------|
|                                                                                                                   | Основна група<br>(n=150) |      | Група<br>порівняння<br>(n=90) |      |       |
|                                                                                                                   | Абс.                     | %    | Абс.                          | %    |       |
| Гіпертимні                                                                                                        | 14                       | 9,3  | 8                             | 8,9  | 0,979 |
| Застрягаючі, ригідні                                                                                              | 2                        | 1,3  | 1                             | 1,1  | 0,905 |
| Емотивні, лабільні                                                                                                | 3                        | 2,0  | 2                             | 2,2  | 0,874 |
| Педантичні                                                                                                        | 2                        | 1,3  | 1                             | 1,1  | 0,905 |
| Тривожні                                                                                                          | 17                       | 11,3 | 10                            | 11,1 | 0,961 |
| Циклотимні                                                                                                        | 10                       | 6,7  | 6                             | 6,7  | 0,939 |
| Демонстративні                                                                                                    | 14                       | 9,3  | 8                             | 8,9  | 0,979 |
| Неврівноважені, збудливі                                                                                          | 16                       | 10,8 | 9                             | 10,0 | 0,944 |
| Дистимічні                                                                                                        | 5                        | 3,3  | 3                             | 3,3  | 0,958 |
| Екзальтовані                                                                                                      | 7                        | 4,7  | 4                             | 4,4  | 0,986 |
| Примітка: * - достовірність відмінності частот ознак в основній групі від групи порівняння за критерієм χ-квадрат |                          |      |                               |      |       |

Проведений аналіз даних, отриманих за методикою К. Леонгарда – Г. Шмішека, показав що 60,0% (90 осіб) основної групи становили

акцентуовані особистості. Щодо групи порівняння – акцентуації характеру спостерігалися у 52 осіб (57,8%). В обох групах частіше зустрічалися тривожний (ОГ – 17 осіб, 11,3%; ГП – 10 осіб, 11,1%), збудливий (ОГ – 16 осіб, 10,8%; ГП – 9 осіб, 10,0%), демонстративний (ОГ – 14 осіб, 9,3%; ГП – 8 осіб, 8,9%), гіпертимний (ОГ – 14 осіб, 9,3%; ГП – 8 осіб, 8,9%) типи акцентуацій. Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Для обох груп (ОГ і ГП) притаманні типові клінічні особливості. Так, для тривожних особистостей були характерні боязкість, стан тривоги і невпевненість в собі. У деяких з них можна було спостерігати гіперкомпенсації у вигляді самовпевненості або навіть зухвалої поведінки, проте їх неприродність впадала в очі. Часом у тривожних особистостей до боязкості приєднувалася лякливість, що має чисто рефлекторний характер, з проявом раптового страху, який нерідко супроводжувався соматичною реакцією.

Особистості із збудливим типом акцентуації характеру відрізнялися запальністю, були схильні впадати в нестримну лють, образливі і злопам'ятні, не втрачали нагоди помститися за образу. Водночас вони проявляли надзвичайну вимогливість до інших, вважали своїм обов'язком давати поради і не терпіли їх по відношенню до себе. Іноді в осіб із збудливою акцентуацією характеру виникав безпричинно тужливий настрій. У роботі такі особи проявляли ретельність і акуратність.

Особи з демонстративною акцентуацією характеру не виносили байдужого ставлення до себе, прагнули бути в центрі уваги, викликати захоплення і подив. Вважали, що вони мають артистичний талант і фантазували, уявляючи, що досягли статусу, який викликає заздрість у оточуючих.

Особи з гіпертимною акцентуацією характеру привітні, відкриті, добрі, говіркі, мали багато друзів. Вони охоче допомагали людям, хоча далеко не завжди стримували свої обіцянки. Не виносили кропіткої роботи, що



потребувала посидючості і терпіння, були необов'язкові. У них часто виникали оригінальні ідеї, але, як правило, вони не втілювали їх в життя. Гіпертимні особистості відрізнялися насмішкуватістю, вважали себе вище за інших, не любили, коли їм суперечили, легко ставилися до життєвих негараздів.

### 3.8. Дослідження характеру самопочуття, стану активності та настрою у респондентів за опитувальником «САН»

Отримані за допомогою цієї методики дані наведені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Середня оцінка в балах самопочуття, активності та настрою респондентів основної групи та групи порівняння за опитувальником «САН»

| Показники                                                                                                                                                                                                                                             |             | Середні значення показників, балів ** |                         | p*    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------------------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                       |             | Основна група (n=150)                 | Група порівняння (n=90) |       |
| САН                                                                                                                                                                                                                                                   | Самопочуття | 2,1±0,18                              | 2,4±0,21                | 0,279 |
|                                                                                                                                                                                                                                                       | Активність  | 3,2±0,24                              | 3,3±0,28                | 0,786 |
|                                                                                                                                                                                                                                                       | Настрій     | 2,7±0,19                              | 2,9±0,19                | 0,457 |
| Примітки: * - достовірність відмінності частот показників в основній групі від групи порівняння за критерієм U- Манна-Уїтні; ** - середні значення показників подано у форматі «середня арифметична ±стандартна похибка середньої арифметичної» (M±m) |             |                                       |                         |       |

Так, отримані за опитувальником САН дані показали, що до лікування показники самопочуття, активності і настрою були знижені у всіх обстежених. Середні дані респондентів основної групи за трьома видами дослідження становили: самопочуття – 2,1±0,18; активність – 3,2±0,24; настрої – 2,7±0,19. В свою чергу, результати дослідження групи порівняння були: 2,4±0,21; 3,3±0,28; 2,9±0,19. Таким чином, статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

### 3.9. Результати дослідження якості життя респондентів

Оцінка задоволення хворих умовами життя проводилась з використанням опитувальника «Якість життя-100» (табл. 3.8). ЯЖ є важливим критерієм

ефективності лікування в клінічних дослідженнях, а індивідуальний моніторинг дозволив поліпшити якість лікування хворого. Оцінка ЯЖ до лікування має прогностичне значення і може бути використана при виборі стратегії лікування. Дані про ЯЖ широко використовуються також при розробці реабілітаційних програм. Оцінка ЯЖ дозволяє здійснювати моніторинг перебігу хвороби і сприяти поліпшенню результатів лікування. Цей метод – простий, надійний і ефективний інструмент оцінки стану хворого до лікування, в процесі терапії та в період реабілітації.

Таблиця 3.8

Порівняльна характеристика обстежених за результатами дослідження за опитувальником «Якість життя-100» до лікування

| Показники                                                                                                                   | Середні значення показників, балів ** |                         | p*    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-------|
|                                                                                                                             | Основна група (n=150)                 | Група порівняння (n=90) |       |
| Фізичне благополуччя                                                                                                        | 4,43±0,23                             | 4,68±0,27               | 0,481 |
| Психологічне благополуччя                                                                                                   | 5,34±0,37                             | 5,53±0,33               | 0,702 |
| Самообслуговування та незалежність                                                                                          | 6,28±0,44                             | 6,54±0,42               | 0,669 |
| Працездатність                                                                                                              | 4,88±0,26                             | 5,03±0,31               | 0,711 |
| Міжособистісна взаємодія                                                                                                    | 5,61±0,45                             | 5,75±0,41               | 0,798 |
| Соціоемоційна підтримка                                                                                                     | 5,82±0,36                             | 5,88±0,33               | 0,902 |
| Суспільна службова підтримка                                                                                                | 5,26±0,33                             | 5,31±0,31               | 0,912 |
| Самореалізація                                                                                                              | 5,12±0,32                             | 5,15±0,28               | 0,944 |
| Духовна реалізація                                                                                                          | 5,92±0,29                             | 5,98±0,30               | 0,886 |
| Загальне сприйняття якості життя                                                                                            | 4,52±0,26                             | 4,58±0,25               | 0,868 |
| Примітки: * - достовірність відмінності частот показників в основній групі від групи порівняння за критерієм U- Манна-Уїтні |                                       |                         |       |
| ** - середні значення показників подано у форматі «середня арифметична ±стандартна похибка середньої арифметичної» (M±m)    |                                       |                         |       |

Як видно з таблиці 3.8, найменші оцінки були отримані за показниками фізичного (ОГ –  $4,43 \pm 0,23$ ; ГП –  $4,68 \pm 0,27$ ) і психологічного (ОГ –  $5,34 \pm 0,37$ ; ГП –  $5,53 \pm 0,33$ ) благополуччя, а також шкали «загальне сприйняття якості життя» (ОГ –  $4,52 \pm 0,26$ ; ГП –  $4,58 \pm 0,25$ ). Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

### **Висновки до розділу 3**

На I (скринінговому) етапі за допомогою AUDIT було обстежено 560 респондентів, із яких в дослідження включено 240 пацієнтів, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. Даний тест забезпечував точність оцінки незалежно від статі, віку і соціального стану респондента, мав високу чутливість (92%), специфічність (93%) і відповідав діагностичним критеріям МКХ-10.

Встановлено, що в структурі психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками були облігатно наявні: тривожно-депресивна симптоматика, а також погіршення соматичного стану і якості життя. Так, на початку лікування пацієнтам обох груп були притаманні:

- депресивна симптоматика відносно низької інтенсивності, а саме (в ОГ і ГП відповідно): легка або помірна за шкалою PHQ-9 (84,0% і 85,5% випадків); легка за шкалою В. Зунге (85,3% і 81,1% випадків) та межова за шкалою HADS-D (88,0% і 83,3% випадків), без достовірних відмінностей між групами (скрізь  $p > 0,05$ );

- тривожна симптоматика відносно низької інтенсивності, а саме (в ОГ і ГП відповідно): межова за шкалою HADS-A (86,0% і 78,9% випадків) низька або помірна за шкалами ОТ (74,0% і 70,0% випадків) та СТ (78,7% і 72,2% випадків) тесту Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, без достовірних відмінностей між групами ( $p > 0,05$ );

- низькі результати оцінки за опитувальником САН (в ОГ і ГП відповідно): «Самопочуття» –  $2,1 \pm 0,18$  і  $2,4 \pm 0,21$  балів; «Активність» –

3,2±0,24 і 3,3±0,28 балів; «Настрій» – 2,7±0,19 і 2,9±0,19 балів, без достовірних відмінностей між групами ( $p>0,05$ );

- низький показник загального сприйняття якості життя за шкалою «Якість життя-100» (4,52±0,26 і 4,58±0,25 балів в ОГ і ГП відповідно) без достовірних відмінностей між групами ( $p>0,05$ ).

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях:

1. Салдень В. І. (2019). Рання діагностика і психокорекція психічних та поведінкових порушень у хворих первинної ланки, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Архів психіатрії*, 25(1), 30-33.
2. Salden V. I. (2020). Prevalence of depressive and anxiety disorders in somatic patients who use alcohol with harmful effects. *Archives of Psychiatry*, 26(1): 50–52. DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.50-52.
3. Салдень В.І. (2020). Діагностика, психотерапія і психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Український Вісник психоневрології*. Т. 28, № 4 (105), 2020, 40-45.
4. Салдень В.І. «Оцінка якості життя пацієнтів, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками і звертаються з соматичними скаргами до сімейних лікарів». Психосоматична медицина та загальна практика. Т. 3, № 4. 2018 р. 2 с. // тези Конгресу «Психосоматична медицина 21 століття: реалії та перспективи» 1-2 листопада 2018 р., м. Київ.
5. Салдень В. І. «Гендерні особливості вживання алкоголю зі шкідливими наслідками при психічній та соматичній патології в практиці сімейної медицини» Психосоматична медицина та загальна практика. Т. 4, № 1. 2019 р. 2 с., // тези науково-практичної конференції «Психосоматична медицина: наука і практика» 19 квітня 2019 р., м. Київ.
6. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. «Рання діагностика вживання психоактивних речовин соматично хворими в

практиці сімейної медицини» Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку // матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції 21 березня 2019 р., м. Запоріжжя. С. 25-26 (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

7. Салдень В.І. «Психодіагностичне дослідження хворих з соматичною патологією, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками» «Архів психіатрії» – Т. 25, № 2 (97), 2019 р. С. 119-120.

8. Салдень В.І. «Клініко-психопатологічні та психодіагностичні методи дослідження соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками». Матеріали XV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації і абілітації людини», 20 жовтня 2020 р., с. 249-251, м. Костянтинівка, Україна.

## **РОЗДІЛ 4**

### **ПСИХОТЕРАПІЯ І ПСИХОПРОФІЛАКТИКА СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ, ЇХ ЕФЕКТИВНІСТЬ**

Розробка системи комплексної допомоги соматичним хворим із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками ґрунтувалась на біопсихосоціальній моделі, згідно з якою вона розглядалась як поєднана дія біологічних, психологічних та соціальних чинників, які в кожному конкретному випадку діяли спільно і призводили до порушення адаптації особистості, різкої зміни її самопочуття та поведінки. Основною метою комплексної допомоги соматичним хворим із психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками є максимальне відновлення здоров'я, працездатності, покращення навчання, особистісного й соціального їх статусу за рахунок відмови або зменшення вживання алкоголю і тим самим нівелювання зазначених вище ППП.

Організаційно-методичні аспекти комплексної допомоги соматичним хворим з ППП, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками включали:

- єдність заходів – спеціалізованих медичних, психологічних, соціальних, професійних, які призводять до якісного відновлення;
- керованість впливів – вивчення ефективності комплексних заходів;
- інтегральність – повна оцінка стану обстежених з урахуванням всіх внутрішніх і зовнішніх факторів для організації комплексних заходів медичної допомоги;
- цілісний підхід – участь мультидисциплінарної бригади фахівців: сімейних лікарів, кардіологів, ендокринологів, гастроентерологів, психіатрів-психотерапевтів, психологів, соціальних працівників тощо;

- індивідуальний підхід – урахування особливостей стану хворого, нозології (синдрому), його функціональних можливостей, віку, статі, характеру і вираженості порушень;
- наступність – дотримання показань і протипоказань, послідовне застосування єдиних методик, програм, критеріїв оцінки результатів тощо.

Основною метою вищезазначених заходів є:

- нормалізація психічного і соматичного стану хворого(ої);
- відмова від алкоголю або зменшення рівня його вживання;
- гармонізація стосунків в оточуючому середовищі;
- покращення родинної взаємодії.

Базова терапія включала призначення транквілізаторів, антидепресантів з селективною або подвійною дією, стабілізаторів настрою, снодійних препаратів з обов’язковим проведенням психотерапії (раціональної, непрямой, когнітивно-поведінкової, емоційно-стресової, короткострокової, аутотренінгу тощо).

Фармакотерапія сімейними лікарями призначалась згідно з затвердженими МОЗ України стандартами (протоколами) лікування тієї чи іншої нозології (серцево-судинні та шлунково-кишкові захворювання, цукровий діабет) в залежності від клінічних особливостей, перебігу, наявності коморбідних розладів, а також віку, статі тощо.

Таким чином, первинним у допомозі хворим ставала діагностична складова – раннє виявлення за допомогою AUDIT, вживання алкоголю зі шкідливими наслідками соматичними хворими, а по-друге, нівелювання або зменшення нервово-психічного і психосоматичного стану у пацієнтів за рахунок психотерапевтичних втручань, які були спрямовані на усунення та компенсацію обмежень їх життєдіяльності. Отже, враховуючи встановлені загальні закономірності виникнення та розвитку ППП у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, психотерапія включала в себе впливи на усі модальності особистісного і поведінкового реагування пацієнтів (рис.4.1).

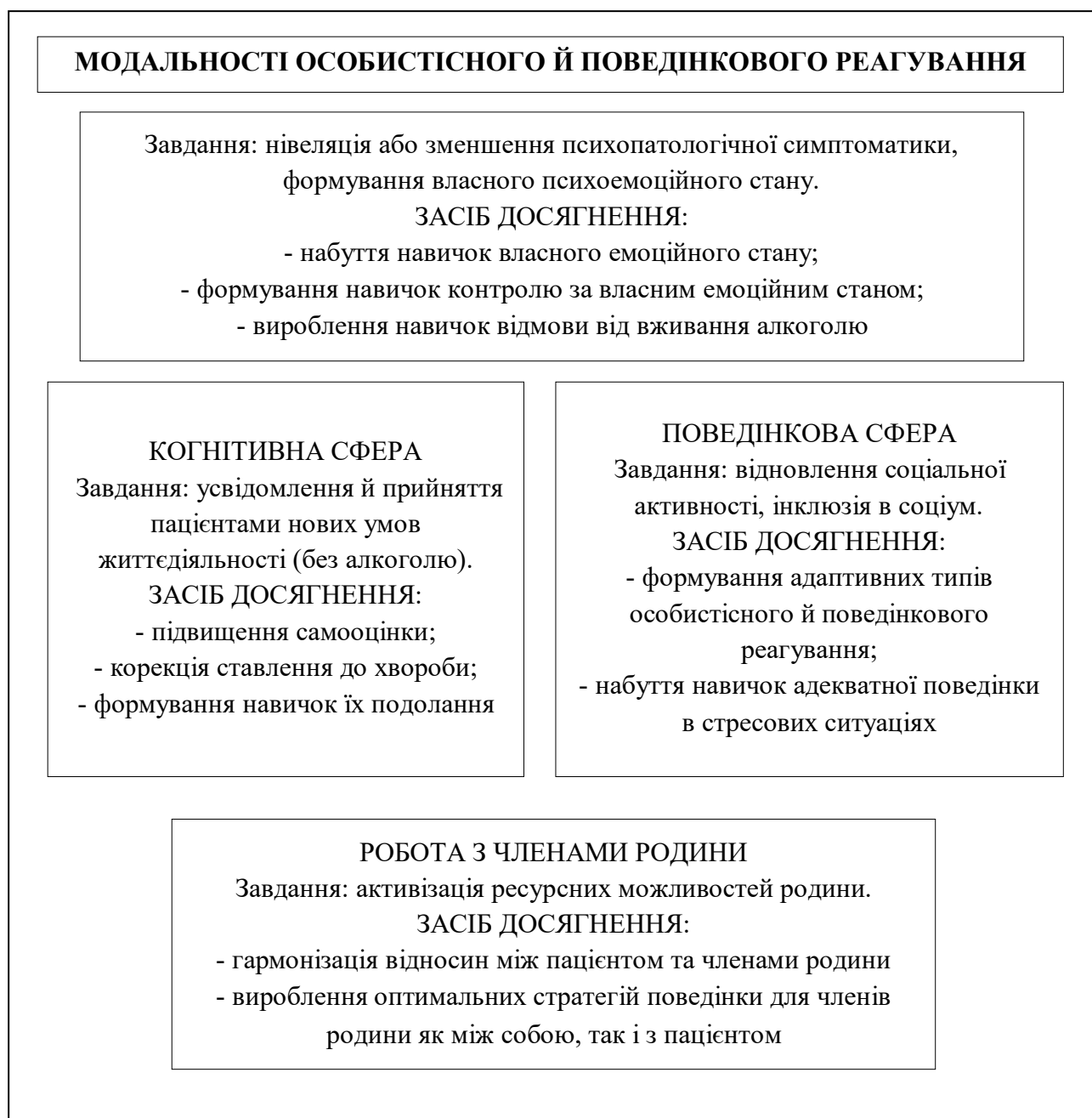


Рис. 4.1. Загальні підходи до психотерапії пацієнтів з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками

Отже, встановлені клінічні, психологічні та психосоціальні розбіжності стали основою при розробці нами диференціації терапевтичних впливів за змістовним наповненням психотерапевтичних втручань, з точки зору коморбідності клінічної симптоматики, психологічних властивостей, а також «чутливості» хворих до різних психотерапевтичних технік.



Необхідним психотерапевтичним тлом ставало втілення психоосвітніх заходів. Незалежно від виявленої специфіки, загальними особливостями психотерапії були:

1. Індивідуальний обсяг та тривалість.
2. Послідовність впливів (від простих до більш складних).
3. Не лише терапевтична, а й обов'язково психопрофілактична спрямованість заходів.

Урахування визначених особливостей при розробці психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні осіб з ППП, які вживають алкоголь зі ШН, у порівнянні зі звичайними заходами довело ефективність запропонованого диференційного підходу.

#### **4.1. Методи поетапної психотерапії і психопрофілактики у комплексному лікуванні хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками**

Результати проведених клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного досліджень дозволили сформулювати загальні положення до змісту і організації лікування соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. На цій основі було розроблено і використано принципи організації психотерапевтичної тактики в комплексному лікуванні зазначеного вище контингенту хворих в амбулаторних умовах, а саме:

1. Системність і багаторівність психотерапевтичного впливу, включаючи особливості лікувального процесу в умовах КНП «ЦПМСД № 1» Солом'янського району м. Києва.
2. Етапність і комплексність психотерапевтичних заходів.
3. Максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу, з розрахунком особливостей психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

4. Диференційоване включення в комплексне лікування хворих із ППП, які вживають алкоголь зі ШН, поєднане з патогенетичною, симптоматичною і психопрофілактичною спрямованістю психотерапевтичних заходів.

Таким чином, психотерапія ППП у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі ШН має бути системною, заснованою на принципах диференційованості, послідовності, етапності, інтегративності та короткостроковості. При цьому, як будь-який системний психотерапевтичний вплив, вона складається із когнітивного (інформаційного), афективного (емоційного), конативного (поведінкового) компонентів та адресується трьом підсистемам особистості: інтраіндивідуальній, інтеріндивідуальній та метаіндивідуальній.

Система психотерапії і психопрофілактики має характер безперервного ланцюга терапевтичних впливів на всіх етапах лікування за допомогою різноманітних форм, способів та методик психотерапії.

При проведенні психотерапевтичних заходів конкретному хворому застосовували найбільш конструктивні механізми навчання щодо володіння собою: активне його співробітництво в діагностичному і лікувальному процесах, розвиток у нього позитивної мотивації до лікування та тверезого способу життя, терпимість тощо.

Вже перший огляд хворого має нести психотерапевтичний вплив. Тому особливу увагу ми приділили підбору методів психотерапії у кожному конкретному випадку. Розроблений нами лікувальний комплекс має три етапи (підготовчий, основний і завершальний). Перший етап (тривалість від 7 до 10 днів) складався із знайомства з хворими, відбору пацієнтів для комплектування психотерапевтичних груп, виходячи із нозології, етіології та патогенезу (ЦД 2-го типу, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, кардіоміопатії, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, хронічні панкреатити, хронічні холецистити) для проведення багаторівневого терапевтичного впливу. На цьому етапі проводили клініко-анамнестичне, соціально-демографічне,

клініко-психопатологічне та психологічне дослідження пацієнтів. Також призначали диференційовану психофармакотерапію для зняття симптомів безсоння, тривоги, депресії (сонапакс, гідазепам, селофен, амітриптилін, золофт, леривон, гліцисед тощо). Усі вищенаведені ліки використовували на тлі раціональної (роз'яснювальної), непрямой, когнітивно-поведінкової, короткострокової психотерапії, навіювання наяву тощо. Задачі психотерапії на цьому етапі зводились до усунення негативної емоційної реакції на запропонований психотерапевтичний метод, потенціювання ліків, які призначав сімейний лікар з метою зниження рівня цукру в крові та сечі, артеріального тиску та болі в шлунково-кишковому тракті, а головне, відмови від вживання алкоголю зі ШН, тобто прийняття тверезого способу життя. Особливу увагу на даному етапі приділяли збору анамнезу захворювання з використанням розробленої нами уніфікованої карти дослідження. Уточнювали як зловживання алкоголем позначається на відношенні в сім'ї, роботі, з друзями. У процесі бесіди звертали увагу хворого на закономірність розвитку (поетапно) алкогольної залежності від епізодичного, систематичного вживання до шкідливих наслідків і алкоголізму, старінню, зменшенню тривалості життя тощо. Підкреслювали, що надмірне споживання алкоголю призводить до зменшення бюджету сім'ї, ще більше порушує функції внутрішніх органів тощо.

У всіх хворих вже при першій зустрічі формували тверезий спосіб життя з нівелюванням психічних та поведінкових порушень. З метою вивчення ефективності лікування і психопрофілактичних заходів, проводили двічі психодіагностичне і психометричне дослідження за допомогою опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека, госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), шкали оцінки здоров'я пацієнта «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9), шкали оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, методики диференційної діагностики депресивних станів В. Зунге в адаптації Т.І. Балашової, опитувальника оцінки актуального психологічного

стану індивіда «САН», опитувальника «Якість життя-100» та AUDIT до і після його завершення, наприкінці II етапу.

Терапевтичні установки хворих диференціювались на позитивні, ситуативні та негативні. Позитивні (внутрішні) установки хворих характеризувало їх повне прийняття позиції лікаря щодо відмови від вживання алкоголю (основна група (ОГ) – 85 осіб (56,7%); група порівняння (ГП) – 28 осіб (31,1%)). Ситуативні (проміжні) були пов'язані з певними умовами (розлади в сім'ї, загроза звільнення з роботи тощо). Так, в ОГ їх було 35 осіб (23,3%), а в ГП – 23 особи (25,5%). Негативна (зовнішня) установка мала формальний характер. В ОГ спостерігалось 30 осіб (20%), а у ГП – 39 пацієнтів (43,3%). У даній групі хворих відмічались часті коливання настрою з дистимічними або дисфорічними відтінками. Таким чином, результати проведеного тестування дозволили об'єктивізувати основні клінічні варіанти терапевтичних установок у соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, визначити питому вагу позитивних, ситуативних та негативних установок і на основі цього адекватно виробити психотерапевтичну тактику по відношенню до них.

**4.2. Методики і техніки психотерапії у загальному комплексі лікування соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками**

***4.2.1 Техніки міжособистісної короткострокової психотерапії (МКП) при депресивних і тривожних порушеннях***

Одна із задач – допомога пацієнту у виявленні та зміні неадаптивних міжособистісних взаємодій. МКП включає в себе оцінку симптоматики депресії, міжособистісного функціонування і загальної психіатричної симптоматики. Вона складається із початкового, проміжного та завершального етапів. Мета МКП полягає не в зміні характеру хворого, а в поліпшенні міжособистісного функціонування і усуненні депресивної симптоматики та

тривоги. Втручання включало до себе від 10 до 15 індивідуальних сесій тривалістю від 40 до 50 хвилин.

#### ***4.2.2 Раціонально-емоційно-поведінкова терапія (РЕПТ) за А. Елліс***

Ця техніка заснована на тому, що трьома основними психологічними аспектами в діяльності людини є мислення, емоції та поведінка. Всі вони щільно взаємопов'язані. І тому зміна одного з них часто позначається на двох інших. Основний і найбільш важливий принцип полягає в тому, що думки є головним лікарем, що визначає емоційний стан людини, тобто, як ми думаємо, так і відчуваємо. Другий головний принцип РЕПТ полягає в тому, що в основі патології емоцій у більшості психопатологічних станів відбувається порушення процесів мислення. Дана техніка складається з трьох етапів: прояснення активуючої події; робота над наслідками; ідентифікація установок.

#### ***4.2.3 Техніки з використанням усвідомленого дихання (холотропне дихання в модифікації проф. С.І. Табачнікова).***

1. Положення сидячи або в домашніх умовах лежачи.
2. Ноги зігнуті в колінах на підлозі.
3. Вдих повільно через ніс, видих через рот.
4. При відчутті нестачі повітря необхідно розслабити ноги, руки, тулуб, м'язи обличчя та голови.

Тривалість сеансу від 15 до 60 хвилин.

Техніку ритмічного дихання проводили пацієнтам при тривозі та фобіях. Курс складався від 10-15 до 20 сеансів.

#### ***4.2.4 Раціональна (за П. Дюбуа) або роз'яснювальна (за І.З. Вельвовським) психотерапія***

Даний вид терапії проводили соматичним хворим в двох варіантах: індивідуальному і груповому. У процесі сеансів допомагали пацієнтам розібратися в своїй хворобі: етіології, патогенезі, перебігу та наслідками. Спільно проаналізували чому виникають ті чи інші симптоми і яку терапію слід застосовувати для швидкого їх зникнення. Тактично і обдуманно, систематично

й планомірно аналізували спільно з ними всі тяжкі наслідки зловживання алкоголем, які було спричинено не тільки здоров'ю, але й сімейному та соціальному їх положенню. По мірі проведення індивідуальної і групової психотерапії вирішували наступні задачі.

1. Зміна відношення хворих до лікування.
2. Переконавання, роз'яснення і переконливе спростування представлень стосовно ефективності лікування.
3. Корекція анозогнозії.
4. Формування у хворих внутрішньої установки на повну відмову від вживання алкогольних напоїв.

#### ***4.2.5 Непряма психотерапія***

Вона є єдиним методом, при якому пацієнт не знає, що він піддається їй. Непрямі навіювання здійснювали в стані неспання в двох її варіантах: опосередкування та потенціювання того чи іншого лікувального засобу.

#### ***4.2.6 Активізуюча психотерапія***

Цей метод використовували в першу чергу для нормалізації психоемоційного стану, нівелювання тривожних психопатологічних проявів, безсоння, емоційного вигорання, підвищення якості життя і стресостійкості, формування копіngu тощо.

З цією метою навчали хворих прийомам емоційно-вольового тренування (за проф. С.І. Табачниковим), алгоритм якого наводиться на рис. 4.2.

Даний метод полягав у тому, щоб в найкоротший термін навчити хворих викликати у себе послідовно релаксацію м'язів ніг, рук, тулуба і обличчя, а потім аналогічно тепло у всьому тілі, прохолоду у лобі, і на цьому тлі вводити короткі формули самонавіювання з метою зняття у них негативної симптоматики. Однак перед цим хворий обов'язково вселяє собі «... Я можу ... людина все може ... Я зможу усунути у себе неприємні думки в голові і відчуття ...». Після навчання хворих цим прийомам, їм давали завдання додому, для закріплення позитивних установок. Тривалість сеансу від 20 до 30 хвилин.

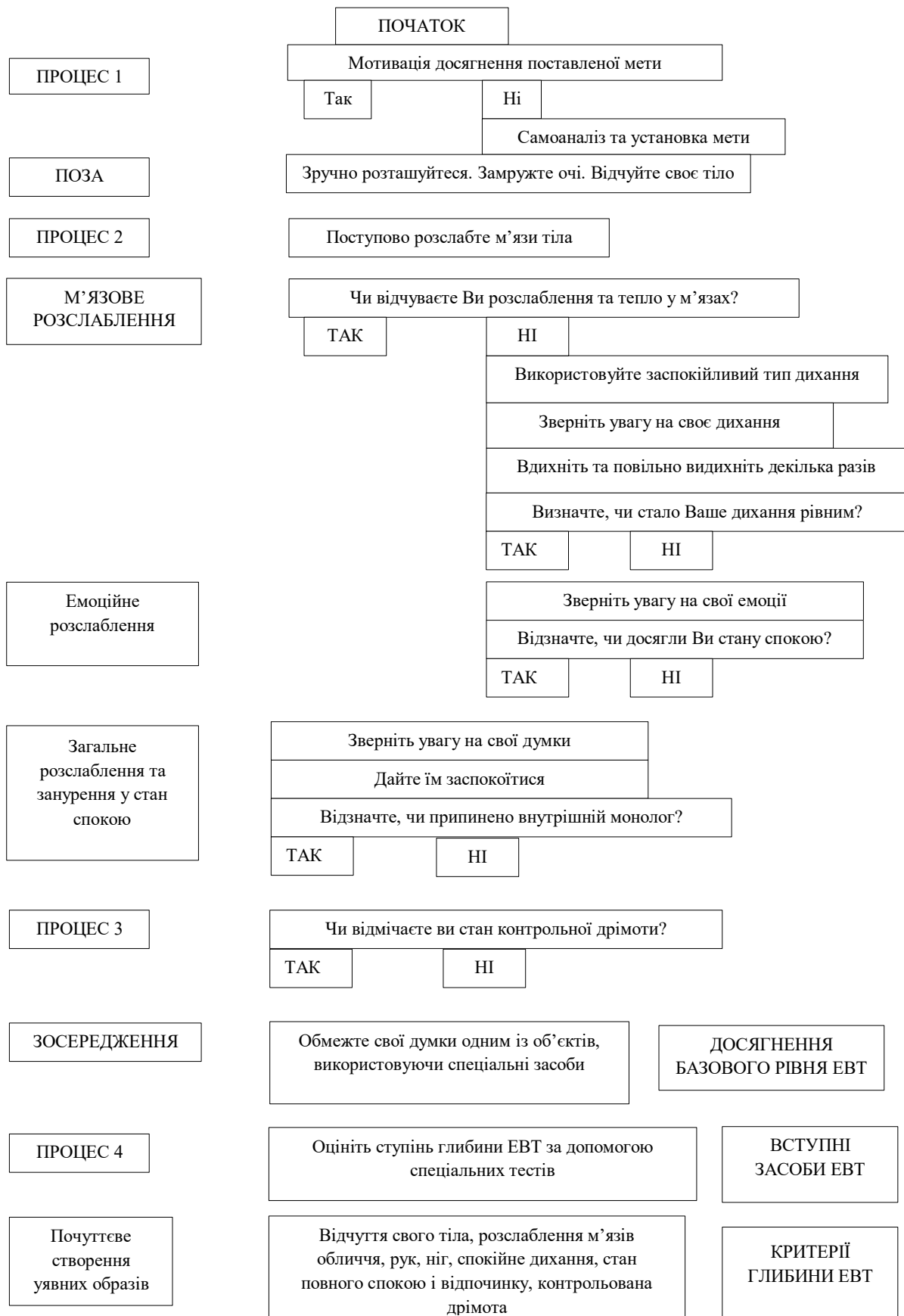


Рис. 4.2. Алгоритм емоційно-вольового тренування

#### **4.3. Психопрофілактика психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками**

Психопрофілактика ППП у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем сучасності. Поділяється вона на первинну, вторинну і третинну. В цілому, первинну психопрофілактику проводили усім хворим основної групи, виходячи із нозології захворювання в таких напрямках:

1 – інформування пацієнтів та їх близьких про негативні наслідки вживання алкоголю на перебіг і розвиток у них тих чи інших соматичних захворювань, нервову систему та психічне здоров'я;

2 – формування мотивації на позитивну соціально-ефективну поведінку;

3 – розвиток навичок адаптивної соціальної поведінки, вміння самостійно вирішувати особистісні проблеми, уявлення шкідливих наслідків вживання алкоголю для їх здоров'я.

Вторинна психопрофілактика включала: ранню діагностику психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих; виявлення у них за допомогою AUDIT вживання алкоголю зі шкідливими наслідками; розкриття психологічного неблагополуччя особистості, пов'язаного з причинами вживання алкоголю. Головною метою вторинної психопрофілактики було змінити ірраціональні і псевдораціональні моделі поведінки на раціональну модель здорової поведінки. Основними напрямками нашої роботи були: формування мотивації та зміну поведінки хворого, зміну дезадаптивних форм поведінки на адаптивні, формування і розвиток соціально-підтримувальної мережі. Для цього використовували соціальні, педагогічні та психологічні технології – розвиток емоційних, когнітивних та поведінкових стратегій.

Третинна психопрофілактика проводилась соматичним хворим із психічними та поведінковими порушеннями з метою повної відмови від вживання алкоголю для покращення їх фізичного стану та нівелювання клінічних симптомів. Психологічними складовими цього напрямку є:



осмислення особистісних, екзистенціальних, духовних та моральних цінностей, цілей і шляхів їх досягнення, усвідомлення негативних наслідків вживання алкоголю на їх соматичний, психічний стан здоров'я, зміна життєвого стилю в цілому, подальший розвиток комунікативної та соціальної компетенції, а також когнітивної, емоційної та поведінкових сфер.

#### **4.4. Результати психотерапії і психопрофілактики у комплексному лікуванні соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками**

При визначенні ефективності розробленої, апробованої і впровадженої нами системи був аналіз суб'єктивної оцінки дієвості психотерапії при різних ступенях вираженості психічних та поведінкових порушень. Виявлено, що високі показники середнього відсотка відвідувань психотерапевтичних сесій та суб'єктивної оцінки ефективності корелювали із такими показниками, як відновлення комунікативної сфери, підвищення впевненості у собі, рішучості, неконфліктності. Комплексну оцінку ефективності застосування системи спеціалізованої допомоги соматичним хворим ППП, які вживали алкоголь зі ШН проводили з визначенням змін. Відсутність вживання алкоголю, або його зменшення здійснювали за допомогою AUDIT, клінічного спостереження та опитування близьких родичів хворого.

Нижче наводяться дані порівняльної характеристики обстежених за результатами психодіагностичного дослідження через рік після лікування (табл. 4.1).

Респонденти досліджених груп через рік значно розрізнялися за тяжкістю депресивного і тривожного синдромів за об'єктивним критерієм оцінки. Розбіжності в показниках до початку лікування статистично незначущі ( $p < 0,05$ ), після лікування значущі ( $p < 0,01$ ).

Таблиця 4.1

Порівняльна характеристика обстежених за результатами психодіагностичного дослідження через рік після лікування

| Методи (шкали) / ознаки (діапазони<br>ознак) |                        |                             | Частоти ознак            |      |        |                            |      |        | p*     |
|----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|------|--------|----------------------------|------|--------|--------|
|                                              |                        |                             | Основна група<br>(n=150) |      |        | Група порівняння<br>(n=90) |      |        |        |
|                                              |                        |                             | Абс.                     | %    | p**    | Абс.                       | %    | p**    |        |
| PHQ-9                                        | Без депресії           |                             | 98                       | 65,3 | <0,001 | 8                          | 8,9  | 0,788  | <0,001 |
|                                              | Легка депресія         |                             | 47                       | 31,3 | <0,001 | 61                         | 67,8 | 0,166  | <0,001 |
|                                              | Помірна депресія       |                             | 5                        | 3,4  | <0,001 | 20                         | 22,2 | 0,390  | <0,001 |
|                                              | Помірно-тяжка депресія |                             | 0                        | 0    | 0,025  | 1                          | 1,1  | 0,054  | 0,196  |
| В. Зунге                                     | Легка депресія         |                             | 78                       | 52,0 | <0,001 | 69                         | 76,7 | 0,466  | <0,001 |
|                                              | Субдепресивний стан    |                             | 1                        | 0,7  | 0,100  | 4                          | 4,4  | 0,516  | 0,048  |
|                                              | Без ознак депресії     |                             | 71                       | 47,3 | <0,001 | 17                         | 18,9 | 0,218  | <0,001 |
| HADS                                         | Тривога                | Межовий стан                | 68                       | 45,3 | <0,001 | 65                         | 72,2 | 0,299  | <0,001 |
|                                              |                        | Норма                       | 82                       | 54,7 | <0,001 | 25                         | 27,8 | 0,299  | <0,001 |
|                                              | Депресія               | Межовий стан                | 87                       | 58,0 | <0,001 | 67                         | 74,4 | 0,144  | 0,011  |
|                                              |                        | Норма                       | 63                       | 42,0 | <0,001 | 23                         | 25,6 | 0,144  | 0,011  |
| Ч.Д.Спілбергера –<br>Ю.Л. Ханіна             | Рівень<br>СТ           | Високий                     | 15                       | 10,0 | 0,007  | 9                          | 10,0 | 0,011  | 1,000  |
|                                              |                        | Помірний                    | 49                       | 32,7 | <0,001 | 54                         | 60,0 | 0,762  | <0,001 |
|                                              |                        | Низький                     | 86                       | 57,3 | <0,001 | 27                         | 30,0 | <0,001 | <0,001 |
|                                              | Рівень<br>ОТ           | Високий                     | 19                       | 12,6 | 0,004  | 13                         | 14,4 | 0,013  | 0,695  |
|                                              |                        | Помірний                    | 51                       | 34,0 | <0,001 | 26                         | 28,9 | <0,001 | 0,412  |
|                                              |                        | Низький                     | 80                       | 53,4 | <0,001 | 51                         | 56,7 | <0,001 | 0,616  |
| Зміни ставлення до<br>алкоголю через рік     |                        | Відмова від<br>вживання     | 115                      | 76,7 | -      | 27                         | 30,0 | -      | <0,001 |
|                                              |                        | Зменшення рівня<br>вживання | 19                       | 12,7 | -      | 7                          | 7,8  | -      | 0,239  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |    |      |   |    |      |   |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|------|---|----|------|---|--------|
| <i>Продовження таблиці 4.1</i>                                                                                                                                                                                                                                                  |          |    |      |   |    |      |   |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Без змін | 16 | 10,6 | - | 56 | 62,2 | - | <0,001 |
| Примітки: * - достовірність відмінності частот показників в основній групі від групи порівняння за критерієм $\chi^2$ -квадрат; ** - достовірність відмінності частот ознак при обстеженні через рік після лікування від обстеження до лікування за критерієм $\chi^2$ -квадрат |          |    |      |   |    |      |   |        |

Так, у хворих основної групи (n=150), яким проводили розроблений нами комплекс лікувальних заходів, за даними методики РНQ-9, депресія на рівні легкої була у 47 (31,3%) осіб, помірної – 5 (3,4%), помірно-тяжкої – 0. У 98 (65,3%) осіб депресивний компонент був відсутній. Результати порівняльної групи після терапевтичних втручань без психотерапії були: легка депресія у 61 (67,8%) осіб, з помірною 20 (22,2%) хворих, помірно-тяжкою – 1 (1,1%) респондент. І тільки у 8 (8,9%) осіб вона була відсутня. Розбіжності в показниках до початку лікування статистично незначущі ( $p < 0,05$ ), після лікування значущі ( $p < 0,01$ ).

Результати дослідження ефективності комплексного лікування за методикою диференційної діагностики депресивних станів В. Зунге, в адаптації Т. Балашової серед респондентів основної групи (n=150): без депресії – 71 (47,3%) осіб, з легкою депресією ситуативного або невротичного генезу – 78 (52,0%) респондентів, субдепресивний стан мала 1 (0,7%) особа. Результати групи порівняння після терапевтичного втручання були наступні: без депресії – 17 (18,9%) осіб, з легкою депресією ситуативного або невротичного генезу – 69 (76,7%) хворих, з субдепресивним станом – 4 (4,4%) особи. Розбіжності в показниках до початку лікування статистично незначущі ( $p < 0,05$ ), після лікування значущі ( $p < 0,01$ ).

Згідно з результатами, отриманими за методикою HADS, у ОГ після комплексного лікування рівень тривоги межового стану спостерігався у 68 (45,3%) осіб, а відсутній був у 82 хворих (54,7%). Рівень депресії із межовими станами знизився і спостерігався у 87 (58,0%) хворих. Ознак депресії виявлено

не було у 63 (42,0%) особи. Щодо ГП рівень тривоги спостерігався у 65 (72,2%) осіб, у 25 (27,8%) респондентів ознак тривоги виявлено не було. Рівень депресії спостерігався у 67 (74,4%) хворих, а у 23 (25,6%) осіб ознаки депресії виявлено не було. Розбіжності в показниках до початку лікування статистично незначущі ( $p<0,05$ ), після лікування значущі ( $p<0,01$ ).

Відповідно до шкали визначення особистісної та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, після комплексного лікування в ОГ виявлено наступне: низький рівень ситуативної тривожності спостерігався у 86 (57,3%) осіб, а особистісної – 80 (53,4%) респондентів; помірний рівень ситуативної тривожності виявлено у 49 (32,7%) хворих, а особистісної – у 51 (34,0%) особи. Високий рівень ситуативної тривожності мали 15 (10,0%) досліджуваних, а особистісної – 19 (12,6%) респондентів. Щодо ГП: низький рівень ОТ спостерігався у 51 (56,7%) особи, а СТ – у 27 (30,0%) респондентів; помірний рівень ОТ мали 26 (28,9%) обстежених, СТ – 54 (60,0%); високий рівень ОТ виявлено у 13 (14,4%) осіб, а СТ – у 9 (10,0%). Розбіжності в показниках до початку лікування статистично незначущі ( $p<0,05$ ), після лікування значущі ( $p<0,01$ ).

За результатами AUDIT середній показник в ОГ зменшився з  $17,4\pm 1,15$  балів до  $8,7\pm 0,41$  балів ( $p<0,000001$ ), що відповідає категорії «небезпечне вживання» (стиль вживання алкоголю, який збільшує ризик згубних наслідків для самого споживача або для оточуючих його людей, при цьому самі розлади в даний час відсутні), а в ГП, відповідно – з  $17,3\pm 1,14$  до  $12,4\pm 0,70$  бали ( $p=0,000329$ ), що також відповідає категорії «небезпечне вживання», але знаходиться на верхньому порозі до вживання зі шкідливими наслідками. Розбіжності в показниках до початку лікування статистично незначущі ( $p<0,05$ ), після лікування значущі ( $p<0,01$ ).

Аналіз даних щодо вживання алкоголю показав, що більшість респондентів ОГ відмовились або зменшили вживання алкоголю: повністю відмовились – 115 осіб (76,7%), зменшили рівень – 19 респондентів (12,7%). Не

змінили свого ставлення до вживання алкоголю 16 осіб (10,6%). Водночас у ГП відмовились від алкоголю 37 осіб (41,1%), частково зменшили споживання – 19 (21,1%), без змін спостерігалось 34 респонденти (37,8%).

Аналіз тривалості ремісії став останнім етапом оцінки ефективності запропонованого комплексу лікувальних заходів, за результатами якого у хворих основної групи спостерігалась найбільша кількість річних ремісій (73%), а в групі порівняння вона сформувалась тільки у 47 % випадків ( $p<0,05$ ).

Останнім етапом оцінки ефективності запропонованого комплексу лікувальних заходів став аналіз показника «без змін», який в ОГ складав 10,6%, а в ГП 62,2% ( $p<0,001$ ). Таким чином, через один рік після терапії соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками, обидві стратегії були ефективними, але більшою ефективністю відрізняється розроблена нами комплексна система діагностики, психотерапії та психопрофілактики у поєднанні з психофармакотерапією (у 5,8 разів вище).

У таблиці 4.2. наведено порівняльну характеристику обстежених за результатами психодіагностичних (САН, Якість життя-100) та психометричного досліджень (AUDIT) через рік після лікування.

Так, за методикою САН, після комплексного лікування ми отримали наступні дані: в ОГ показники самопочуття збільшилися з  $2,1\pm0,18$  до  $5,1\pm0,32$ , активність – з  $3,2\pm0,24$  до  $5,0\pm0,29$ ; настрою – з  $2,7\pm0,19$  до  $5,3\pm0,30$  ( $p<0,0001$ ); Показники ГП після терапевтичного втручання, відповідно: самопочуття з  $2,4\pm0,21$  до  $4,2\pm0,29$  балів, активність – з  $3,3\pm0,28$  до  $4,0\pm0,30$ , настроїв – з  $2,9\pm0,19$  до  $4,6\pm0,28$ .

Таблиця 4.2

Порівняльна характеристика обстежених за результатами дослідження з використанням методики САН, Якість життя-100 та AUDIT через рік після лікування

| Показники                                                                                                                                                                          |                                    | Середні значення показників, балів *** |        |                         |        | p*     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|--------|-------------------------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                    |                                    | Основна група (n=150)                  | p**    | Група порівняння (n=90) | p**    |        |
| САН                                                                                                                                                                                | Самопочуття                        | 5,1±0,32                               | <0,001 | 4,2±0,29                | <0,001 | 0,038  |
|                                                                                                                                                                                    | Активність                         | 5,0±0,29                               | <0,001 | 4,0±0,30                | 0,090  | 0,017  |
|                                                                                                                                                                                    | Настрій                            | 5,3±0,30                               | <0,001 | 4,6±0,28                | <0,001 | 0,089  |
| Якість життя-100                                                                                                                                                                   | Фізичне благополуччя               | 7,42±0,51                              | <0,001 | 6,42±0,42               | <0,001 | 0,131  |
|                                                                                                                                                                                    | Психологічне благополуччя          | 7,73±0,54                              | <0,001 | 6,35±0,51               | 0,179  | 0,064  |
|                                                                                                                                                                                    | Самообслуговування та незалежність | 8,29±0,62                              | 0,277  | 7,74±0,67               | 0,131  | 0,547  |
|                                                                                                                                                                                    | Працездатність                     | 6,95±0,43                              | <0,001 | 5,15±0,33               | 0,791  | 0,001  |
|                                                                                                                                                                                    | Міжособистісна взаємодія           | 7,76±0,64                              | 0,002  | 6,53±0,48               | 0,218  | 0,090  |
|                                                                                                                                                                                    | Соціоемоційна підтримка            | 7,72±0,62                              | 0,008  | 6,03±0,46               | 0,791  | 0,030  |
|                                                                                                                                                                                    | Суспільна службова підтримка       | 7,11±0,43                              | <0,001 | 6,17±0,37               | 0,077  | 0,010  |
|                                                                                                                                                                                    | Самореалізація                     | 7,34±0,55                              | <0,001 | 6,46±0,29               | 0,001  | 0,158  |
|                                                                                                                                                                                    | Духовна реалізація                 | 7,28±0,61                              | 0,045  | 6,78±0,27               | 0,049  | 0,454  |
|                                                                                                                                                                                    | Загальне сприйняття якості життя   | 7,37±0,58                              | <0,001 | 6,01±0,30               | <0,001 | 0,038  |
| AUDIT                                                                                                                                                                              |                                    | 8,7±0,41                               | <0,001 | 12,4±0,70               | <0,001 | <0,001 |
| Примітки:                                                                                                                                                                          |                                    |                                        |        |                         |        |        |
| * - достовірність відмінності частот показників в основній групі від групи порівняння за критерієм U- Манна-Уїтні (відмінності з достовірністю на рівні p<0,05 виділено курсивом). |                                    |                                        |        |                         |        |        |
| **- достовірність відмінності частот ознак при обстеженні №2 від обстеження №1 за критерієм U- Манна-Уїтні (відмінності з достовірністю на рівні p<0,05 виділено курсивом).        |                                    |                                        |        |                         |        |        |
| *** - середні значення показників подано у форматі «середня арифметична ±стандартна похибка середньої арифметичної» (M±m)                                                          |                                    |                                        |        |                         |        |        |

Показники якості життя у ОГ після лікування за шкалою «фізичне благополуччя» збільшилися з  $4,43 \pm 0,23$  до  $7,42 \pm 0,51$  ( $p < 0,000001$ ), а у ГП – відповідно з  $4,68 \pm 0,27$  до  $6,42 \pm 0,42$  ( $p < 0,0006$ ). За шкалою «психологічне благополуччя» показники в ОГ збільшилися з  $5,34 \pm 0,37$  до  $7,73 \pm 0,54$  ( $p = 0,0003$ ), а у ГП – відповідно з  $5,53 \pm 0,33$  до  $6,35 \pm 0,51$  ( $p = 0,179$ ). Показник шкали «загальне сприйняття якості життя» в ОГ збільшився з  $4,52 \pm 0,26$  до  $7,37 \pm 0,58$  ( $p = 0,00001$ ), а у ГП – з  $4,58 \pm 0,25$  до  $6,01 \pm 0,30$  ( $p = 0,00001$ ).

Таким чином, значне покращення психосоматичного стану достовірно частіше спостерігалось в основній групі (психотерапія, психопрофілактика та психофармакотерапія) відносно групи порівняння (де проводилась тільки фармакотерапія сімейними лікарями). Виходячи з вищенаведеного, слід зазначити, що комплексний метод з використанням психотерапії, психопрофілактики та психофармакотерапії є більш ефективним.

Крім того, у хворих основної групи спостерігалось достовірне нівелювання клінічних симптомів: пригніченого настрою, почуття втоми, відчуття безперспективності, дратівливості, безсоння, ангедонії, зниження лібідо, метушливості тощо ( $p < 0,05$ ).

## **Висновки до розділу 4**

Розробка системи комплексної психотерапевтичної, психопрофілактичної і психофармакологічної допомоги соматичним хворим з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками має ґрунтуватись на біопсихосоціальній моделі. Організаційно-методичні аспекти комплексної допомоги соматичним хворим з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками мають включати: єдність заходів (спеціалізованих, медичних, психологічних, соціальних, професійних тощо); керованість впливів, інтегральність, цілісний підхід, індивідуальний підхід, наступність. Психотерапія має бути системною,

заснованою на принципах диференційованості, послідовності, етапності, інтегративності, короткостроковості. Найбільш ефективними методами психотерапії для комплексного лікування соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками є: раціональна (за П.Дюбуа), непряма, активізуюча, когнітивно-поведінкова, емоційно-стресова та короткострокова (МКП, РЕПТ за А. Елліс тощо).

Основні наукові дані, які представлені в цьому розділі, опубліковані в таких наукових роботах:

1. Салдень В.І. (2020). Діагностика, психотерапія і психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Український Вісник психоневрології*. Т. 28, 4(105), 40-45.
2. Tabachnikov S., Mishiev V., Kharchenko E., Osukhovskaya O., Grinevich E., Vasylyeva G., Chepurna A., Salden V. (2020). Psychotherapeutic and psychoprophylactic help to somatic patients who use psychoactive substances in the family medicine practice. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology journal*. 11(1), 199-205. (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).
3. Табачніков С. І., Харченко Є. М., Осуховська О. С., Михальчук Н. О., Чепурна А. М., Салдень В. І. (2019). Освітня програма курсів інформації та стажування за темою «Первинна медична допомога в загальній практиці сімейної медицини пацієнтам, які вживають психоактивні речовини. *Вісник невідкладної і відновної медицини*. Т. 32, № 2 (151), 41-45. (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).
4. Пінчук І.Я., Табачніков С.І., Харченко Є.М., Осуховська О.С., Степанова Н.М., Мажбіц В.Б., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2018). Профілактика та психокорекція вживання ПАР у хворих соматичного профілю в умовах



сімейної медицини. *Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України*. № 2-3 (104), 32-38

5. S. Tabachnikov, I. Pinchuk, E. Kharchenko, ...&, V. Salden. (2018). World experience of criteria for providing prophylactic and therapeutic assistance to patients with a somatic profile who use psychoactive substances in the practice of a family doctor. *Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України*. 2-3(104-105), 108-113 (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

6. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Підвищення кваліфікації сімейних лікарів з основ психіатрії, наркології та медичної психології. *Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції. Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку*, с. 3-4. 21 березня 2019 р., м. Запоріжжя. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

7. Салдень В.І. (2020). Психопрофілактика психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. *Тези III Міжнародної науково-практичної конференції "Theory, science and practice"*, с. 232-233. 05-09 жовтня 2020 р., м.Токіо, Японія.

8. Салдень В.І. (2020). Принципи організації психотерапевтичної тактики в комплексному лікуванні соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Тези V Всеукраїнської науково-практичної конференції «Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку*, с. 38-39. 05 листопада 2020 р., м. Запоріжжя, Україна.

9. Харченко Є. М., Осуховська О. С., Мажбіц В. Б., Чепурна А. М., Салдень В. І. (2018). Психокорекційна та психопрофілактична допомога хворим літнього віку, які мають соматичну патологію і вживають психоактивні речовини в практиці сімейної медицини. *Матеріали V науково-практичної конференції та форуму з міжнародною участю Університетів Третього Віку*.

*Соціальна адаптація людей літнього віку і сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності, с. 37-38. 19-21 грудня 2018 р., м. Луцьк. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).*

## АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений нами аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури свідчить про те, що незважаючи на те, що психотерапія і психопрофілактика у комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, присвячено певну кількість досліджень, проте розповсюдженість даної патології в усьому світі залишається достатньо високою. Особливо це стосується психосоматичних розладів (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки тощо). Погіршує перебіг даних захворювань, в першу чергу, вживання пацієнтами алкоголю зі шкідливими наслідками для організму.

Відповідно до мети і завдань дослідження за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, обстежено 560 пацієнтів, які звертались із соматичними скаргами до сімейного лікаря, з яких за допомогою критеріїв включення та виключення відібрано 240 тематичних хворих. Вік досліджених чоловіків та жінок коливався від 18 до 60 років. Контингент хворих був достатньо складним і з обтяженим анамнезом. Наукові вишукування в рамках дисертаційної теми проводились поетапно і включали: збір матеріалу, обробку та аналіз отриманих даних, розробку, апробацію, оцінку ефективності та впровадження системи діагностики, психотерапії та психопрофілактики в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками.

Хворим проводилося ґрунтовне обстеження (на початку та наприкінці лікування) на базі КНП «ЦПМСД №1» Солом'янського району м. Києва, що складалось з розширеного клініко-психопатологічного інтерв'ю, в якому особливу увагу приділяли скаргам респондентів, психометричного дослідження, а також низки психодіагностичних методик за Уніфікованою

картою (затвердженою Вченою радою УНДІ ССПН МОЗ України (нині – ДУ «НДІП МОЗ України») від 24.05.2018 р., протокол №5) і їх оцінки.

Методологія дослідження полягала в тому, що вживання алкоголю здійснювалося в процесі свідомої і цілеспрямованої реалізації особою акту відмови від нього. Головним критерієм, що дозволяє розглядати різні характеристики даного типу поведінки було особисте ставлення до шкідливої звички, аналіз мотивів вживання алкоголю та відмови від нього. Такий ракурс розгляду проблеми дозволив довести, що вживання алкоголю є не поодиноким ізольованим поведінковим актом, а специфічною діяльністю, пов'язаною із формуванням стратегій поведінкового копінгу осіб з психічними та поведінковими порушеннями, стаючи одним із його проявів. Аналіз розробленої Уніфікованої карти учасника дослідження та клініко-анамнестичні дані дозволили визначити мотиваційну і психологічну структуру вживання алкоголю. Зокрема, встановлено, що основними мотивами залучення хворих молодого віку до його вживання були: цікавість, небажання відставати від друзів, підвищення комунікативності, що підтверджує величезний вплив соціального оточення на даних осіб. Найбільший психічний вплив на респондентів здійснювали неблагополуччя в сім'ї, порушення взаємовідносин з родиною, певні індивідуально-особистісні особливості.

Залежно від соматичної патології досліджених було розподілено на 3 підгрупи.

Обстеження проводили в 3 етапи: I етап – скринінг респондентів; II етап – проведення психотерапії, психопрофілактики та психофармакотерапії; III етап – оцінка ефективності комплексної системи лікування соматичних хворих з ППП, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками; формулювання висновків дослідження та практичних рекомендацій; впровадження результатів дисертаційного дослідження в заклади охорони здоров'я і профільні виші України.

В якості основної групи (ОГ) обстежено 150 хворих (105 чоловічої та 45 – жіночої статі). До групи порівняння (ГП) увійшло 90 осіб (50 чоловічої та 40 – жіночої статі). Достовірної різниці між групами не визначено ( $p>0,05$ ).

За допомогою клініко-анамнестичного метода отримано інформацію та проведено аналіз даних щодо спадковості, особливостей розвитку, зібрано дані про соматичний, неврологічний, психічний стан обстеженого протягом життя. Соціально-демографічний метод застосовували для отримання об'єктивних даних з метою аналізу сімейної, професійно-трудової, соціальної адаптації. Серед демографічних показників визначався розподіл досліджених хворих за віком та статтю (табл. 1).

Окрім вищезазначених методів, нами обґрунтовано і охарактеризовано використаний психометричний та психодіагностичний інструментарій. AUDIT застосовували з метою оцінки ступеню важкості розладів внаслідок вживання алкоголю; шкалу оцінки здоров'я пацієнта «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9, 1999) для діагностики і оцінки ступеню вираженості симптомів депресії; методику диференційної діагностики депресивного стану В. Зунге (1965), адаптовану Т.І. Балашовою (2004); госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS, 1983) з метою виявлення та оцінки важкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики; шкалу оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, 1976); опитувальник «САН» (самопочуття, активність, настрої, 1973) для оцінки загального стану, ступеню емоційної та фізичної активності і настрою людини; опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека (1970) з метою діагностики типу акцентуації особистості; опитувальник «Якість життя-100» (Mezzich, 1999) для оцінки соціального функціонування й якості життя пацієнтів.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою критеріїв U-Манна-Уїтні та  $\chi^2$  для визначення вірогідності розбіжності між групами. Математичні розрахунки проводили з використанням програми

«Statistica for Windows, Release 6.0 та електронних таблиць Excel 10, а також програми математичної і статистичної обробки SPSS 18.

Таблиця 1

Загальна характеристика соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками

| Ознаки / діапазони ознак |                                     | Частоти ознак            |      |                            |      | p*    |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------|----------------------------|------|-------|
|                          |                                     | Основна група<br>(n=150) |      | Група порівняння<br>(n=90) |      |       |
|                          |                                     |                          |      |                            |      |       |
|                          |                                     | Абс.                     | %    | Абс.                       | %    |       |
| Вік                      | 18-35 рр.                           | 49                       | 32,7 | 27                         | 30,0 | 0,667 |
|                          | 36-60 рр.                           | 101                      | 67,3 | 63                         | 70,0 | 0,667 |
| Освіта                   | Середня                             | -                        | -    | -                          | -    | -     |
|                          | Середня спеціальна                  | 64                       | 43,0 | 43                         | 47,8 | 0,441 |
|                          | Вища                                | 86                       | 57,0 | 47                         | 52,2 | 0,441 |
| Сімейний стан            | У шлюбі                             | 79                       | 52,7 | 38                         | 42,2 |       |
|                          | Неодружені/незаміжні/цивільний шлюб | 43                       | 28,7 | 18                         | 20,0 | 0,135 |
|                          | В розлученні                        | 20                       | 13,3 | 33                         | 25,6 |       |
|                          | Вдівець/вдова                       | 8                        | 5,3  | 1                          | 1,1  | 0,096 |
| Взаємовідносини в родині | Доброзичливі, емоційно-теплі        | 72                       | 48,0 | 45                         | 50,0 | 0,765 |
|                          | Конфліктні                          | 26                       | 17,3 | 15                         | 16,7 | 0,895 |
|                          | Емоційно-прохолодні                 | 52                       | 34,7 | 30                         | 33,3 | 0,833 |
| Зайнятість               | Працює                              | 107                      | 71,3 | 66                         | 73,3 | 0,739 |
|                          | Не має постійної роботи             | 43                       | 28,7 | 24                         | 26,7 | 0,739 |
| Особливості анамнезу     | Психоемоційні перенавантаження      | 76                       | 50,7 | 45                         | 50,0 | 0,921 |
|                          | Виховання у благополучній сім'ї     | 87                       | 58,0 | 46                         | 51,1 |       |
|                          | Виховання у дисфункціональній сім'ї | 63                       | 42,0 | 33                         | 36,7 | 0,414 |

|                                                                                        |                                                            |    |      |    |      |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----|------|----|------|-------|
| <i>Продовження таблиці 1</i>                                                           |                                                            |    |      |    |      |       |
|                                                                                        | ЧМТ в минулому                                             | 10 | 67,0 | 7  | 7,8  | 0,745 |
|                                                                                        | Обтяжена спадковістю психічними та поведінковими розладами | 18 | 12,0 | 11 | 12,2 | 0,959 |
| Примітка: * - достовірність відмінності частот показників за критерієм $\chi$ -квадрат |                                                            |    |      |    |      |       |

При проведенні клініко-анамнестичного дослідження та клініко-психопатологічного інтерв'ювання загальними скаргами усіх категорій хворих були: порушення сну, дратівливість, відчуття внутрішньої напруги, інколи рухова загальмованість або непосидючість, швидка втомлюваність, зниження працездатності, коливання настрою, проблеми з концентрацією уваги, страх смерті, неспокійні думки, бажання поліпшити соматичний стан, підвищити активність і настрій за рахунок вживання алкоголю, прагнення позбутися від неприємних переживань, заглушити їх тощо.

За результатами AUDIT середній показник в ОГ становив  $17,4 \pm 1,15$  бали, а в ГП –  $17,3 \pm 1,14$  бали, що свідчить про вживання зі шкідливими наслідками (стиль вживання алкоголю, який призводить до порушень фізичного, психічного здоров'я, а також, на думку низки дослідників, до розладів соціального функціонування споживача). Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

За даними PHQ-9, в основній групі ( $n=150$ ) категорію пацієнтів з легкою депресією становили більшість – 97 осіб (64,7%), обстежені з помірною депресією – 29 осіб (19,3%), хворі на помірно-тяжку депресію – 5 осіб (3,3%). У групі порівняння ( $n=90$ ) пацієнтів з легкою депресією спостерігалось 52 особи (57,7%), помірною депресією – 25 осіб (27,8%), помірно-тяжкою депресією – 6 осіб (6,7%). Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

За результатами методики В. Зунге серед респондентів основної групи у більшості спостерігалась легка депресія – 128 осіб (85,3%); субдепресивний

стан мали 5 досліджених (4,6%); 17 осіб (11,3%) – без ознак депресії. У групі порівняння ( $n=90$ ) з легкою депресією виявлено 73 особи (81,1%); субдепресивний стан спостерігався у 6 осіб (6,7%); 11 респондентів (12,2%) ознак депресії не мали. Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p>0,05$ ).

Дослідження осіб за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показало, що серед респондентів основної групи рівень тривоги категорії межових станів спостерігався у 129 осіб (86%), а 21 особа (14%) відповідала категорії норми. Патологічних станів виявлено не було. Щодо ознак депресії, у 132 осіб (88%) визначався межовий рівень, у 18 обстежених (12%) депресії не виявлено. Серед обстежених групи порівняння 71 особа (78,9%) мала рівень тривоги в категорії межового стану, пацієнтів без ознак тривоги було 19 (21,1%). Ознак депресії у 75 осіб (83,3%) визначався межовий рівень, а у 15 осіб (16,7%) депресії не виявлено. Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p>0,05$ ).

За шкалою оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна у більшості обстежених ОГ спостерігався помірний рівень як ситуативної – 84 особи (56,0%), так і особистісної тривожності – 82 респонденти (54,7%). У 32 осіб (21,3%) виявлено високий рівень ситуативної тривожності, а особистісної – у 39 обстежених (26,0%). Низький рівень ситуативної тривожності був у 34 осіб (22,7%), особистісної – у 29 респондентів (19,3%). Серед обстежених ГП помірний рівень ситуативної тривожності був у 52 осіб (57,8%), а особистісної – у 49 респондентів (54,4%). У 22 осіб (24,4%) виявлено високий рівень ситуативної тривожності; щодо особистісної – високий рівень спостерігався у 27 респондентів (30,0%). Низький рівень ситуативної тривожності відзначався у 16 осіб (17,8%), а особистісної – у 14 обстежених (15,6%). Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не спостерігалось ( $p>0,05$ ).



Проведений нами аналіз даних, отриманих за методикою К. Леонгарда – Г. Шмішека, показав що 60,0% (90 осіб) основної групи становили акцентуйовані особистості. Щодо групи порівняння – акцентуації характеру спостерігалися у 52 осіб (57,8%). В обох групах частіше зустрічалися тривожний (ОГ – 17 осіб, 11,3%; ГП – 10 осіб, 11,1%), збудливий (ОГ – 16 осіб, 10,8%; ГП – 9 осіб, 10,0%), демонстративний (ОГ – 14 осіб, 9,3%; ГП – 8 осіб, 8,9%), гіпертимний (ОГ – 14 осіб, 9,3%; ГП – 8 осіб, 8,9%) типи акцентуацій. Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не було ( $p > 0,05$ ).

Отримані дані за методикою САН засвідчили, що показники самопочуття, активності і настрою були знижені у всіх обстежених. Середні показники респондентів основної групи за трьома видами дослідження становили: самопочуття –  $2,1 \pm 0,18$ ; активність –  $3,2 \pm 0,24$ ; настрої –  $2,7 \pm 0,19$ . В свою чергу, результати дослідження групи порівняння були:  $2,4 \pm 0,21$ ;  $3,3 \pm 0,28$ ;  $2,9 \pm 0,19$ . Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

За опитувальником «Якість життя-100» (ЯЖ-100) найменші оцінки були отримані за показниками фізичного (ОГ –  $4,43 \pm 0,23$ ; ГП –  $4,68 \pm 0,27$ ) і психологічного (ОГ –  $5,34 \pm 0,37$ ; ГП –  $5,53 \pm 0,33$ ) благополуччя, а також шкали «загальне сприйняття якості життя» (ОГ –  $4,52 \pm 0,26$ ; ГП –  $4,58 \pm 0,25$ ). Статистично достовірних відмінностей частот показників між двома групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

На основі результатів власних клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, психометричних, клініко-психопатологічних та психодіагностичних досліджень нами було розроблено систему діагностики, психотерапії і психопрофілактики в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

Розробка вищезазначеної системи ґрунтувалась на біопсихосоціальній моделі, згідно з якою вона розглядалась як поєднана дія біологічних, психологічних та соціальних чинників. Основною метою комплексної допомоги соматичним хворим з психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками є максимальне відновлення здоров'я, працездатності, особистісного й соціального їх статусу за рахунок відмови або зменшення вживання алкоголю і тим самим нівелювання зазначених вище ППП.

Організаційно-методичні аспекти цієї допомоги включали:

- єдність заходів – спеціалізованих медичних, психологічних, соціальних, професійних, які призводять до якісного відновлення хворих;
- керованість впливів – вивчення ефективності комплексних заходів;
- інтегральність – повна оцінка стану обстежених з урахуванням всіх внутрішніх і зовнішніх факторів для організації комплексних заходів допомоги;
- цілісний підхід – участь мультидисциплінарної бригади фахівців: сімейних лікарів, кардіологів, ендокринологів, гастроентерологів, психіатрів-психотерапевтів, психологів, соціальних працівників тощо;
- індивідуальний підхід – урахування особливостей стану хворого, нозології (синдрому), його функціональних можливостей, віку, статі, характеру і вираженості порушень;
- наступність – дотримання показань і протипоказань, послідовне застосування єдиних методик, програм, критеріїв оцінки результатів тощо.

Основною метою вищезазначених заходів є:

- нормалізація психічного і соматичного стану хворого(ої);
- відмова від алкоголю або зменшення рівня вживання;
- гармонізація стосунків в оточуючому середовищі;
- покращення родинної взаємодії.

Базова терапія включала призначення транквілізаторів, антидепресантів з селективною або подвійною дією, стабілізаторів настрою, снодійних препаратів

з обов'язковим проведенням психотерапії, за тривалістю 15-20 сеансів, від 30 до 45 хвилин кожен (раціональна (за П. Дюбуа), роз'яснювальна (за І.З. Вельвовським, А.Т. Філатовим), непряма, когнітивно-поведінкова, емоційно-вольова (за С.І. Табачниковим), аутотренінг тощо).

Фармакотерапію сімейні лікарі проводили згідно з затвердженими МОЗ України стандартами (протоколами) лікування той чи іншої нозології (серцево-судинні та шлунково-кишкові захворювання, ЦД 2-го типу) в залежності від клінічних особливостей, перебігу, наявності коморбідних розладів, а також віку, статі, тощо.

Таким чином, первинним у допомозі ставала діагностична складова – раннє виявлення за допомогою AUDIT вживання алкоголю зі шкідливими наслідками соматичними хворими, а по-друге, нівелювання або зменшення нервово-психічного і психосоматичного стану у пацієнтів за рахунок психотерапевтичних втручань, які були спрямовані на усунення та компенсацію обмежень їх життєдіяльності. Враховуючи встановлені загальні закономірності виникнення та розвитку ППП у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, психотерапія включала в себе впливи на усі модальності особистісного і поведінкового реагування пацієнтів.

Отже, встановлені клінічні, психологічні та психосоціальні розбіжності стали основою при розробці нами диференціації терапевтичних впливів за змістовним наповненням психотерапевтичних втручань, з точки зору коморбідності клінічної симптоматики, психологічних властивостей, а також «чутливості» хворих до різних психотерапевтичних технік.

Особливостями психотерапії були:

1. Індивідуальний обсяг та тривалість.
2. Послідовність впливів (від простих до більш складних).
3. Не лише терапевтична, а й обов'язково психопрофілактична спрямованість заходів.

Урахування визначених особливостей при розробці психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні осіб з ППП, які вживають алкоголь зі ШН, у порівнянні зі звичайними заходами довело ефективність запропонованого диференційного підходу.

Відсутність вживання алкоголю, або його зменшення здійснювали за допомогою AUDIT, клінічного спостереження та опитування близьких родичів хворого.

Респонденти досліджених груп через рік значно розрізнялися за тяжкістю депресивного і тривожного синдромів за об'єктивним критерієм оцінки. Розбіжності в показниках до початку лікування статистично незначущі ( $p < 0,05$ ), після лікування значущі ( $p < 0,01$ ).

Останнім етапом оцінки ефективності запропонованого комплексу лікувальних заходів, став аналіз показника «без змін», який в ОГ складав 10,6%, а в ГП 62,2% ( $p < 0,001$ ). Таким чином, через один рік після терапії соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками, обидві стратегії були ефективними, але більшою ефективністю відрізняється розроблена нами комплексна система діагностики, психотерапії та психопрофілактики у поєднанні з психофармакотерапією (у 5,8 разів вище).

Так, за опитувальником САН після комплексного лікування ми отримали наступні дані: в ОГ показники самопочуття збільшилися з  $2,1 \pm 0,18$  до  $5,1 \pm 0,32$ , активність – з  $3,2 \pm 0,24$  до  $5,0 \pm 0,29$ ; настрою – з  $2,7 \pm 0,19$  до  $5,3 \pm 0,30$  ( $p < 0,0001$ ); Показники ГП після терапевтичного втручання, відповідно: самопочуття з  $2,4 \pm 0,21$  до  $4,2 \pm 0,29$  балів, активність – з  $3,3 \pm 0,28$  до  $4,0 \pm 0,30$ , настроїв – з  $2,9 \pm 0,19$  до  $4,6 \pm 0,28$ .

Показники якості життя у ОГ після лікування за шкалою «фізичне благополуччя» збільшилися з  $4,43 \pm 0,23$  до  $7,42 \pm 0,51$  ( $p < 0,000001$ ), а у ГП – відповідно з  $4,68 \pm 0,27$  до  $6,42 \pm 0,42$  ( $p < 0,0006$ ). За шкалою «психологічне благополуччя» показники в ОГ збільшилися з  $5,34 \pm 0,37$  до  $7,73 \pm 0,54$  ( $p = 0,0003$ ), а у ГП – відповідно з  $5,53 \pm 0,33$  до  $6,35 \pm 0,51$  ( $p = 0,179$ ). Показник

шкали «загальне сприйняття якості життя» в ОГ збільшився з  $4,52 \pm 0,26$  до  $7,37 \pm 0,58$  ( $p=0,00001$ ), а у ГП – з  $4,58 \pm 0,25$  до  $6,01 \pm 0,30$  ( $p=0,00001$ ).

Таким чином, значне покращення психосоматичного стану достовірно частіше спостерігалось в основній групі (психотерапія, психопрофілактика та психофармакотерапія) відносно групи порівняння (де проводилась тільки фармакотерапія сімейними лікарями). Виходячи з вищенаведеного, слід зазначити, що комплексний метод з використанням психотерапії, психопрофілактики та психофармакотерапії є більш ефективним.

Окрім того, у хворих основної групи спостерігалось достовірне нівелювання клінічних симптомів: пригніченого настрою, почуття втоми, відчуття безперспективності, дратівливості, безсоння, ангедонії, зниження лібідо, метушливості тощо ( $p<0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

1. У дисертації наведено теоретичне обґрунтування і нове рішення проблеми діагностики, психотерапії та психопрофілактики в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, як із позицій системного міждисциплінарного підходу, так і до вивчення причин, механізмів формування їх клінічних проявів.

2. Вивчено клініко-анамнестичні (порушення сну, дратівливість, відчуття внутрішньої напруги, швидка втомлюваність, коливання настрою) та соціально-демографічні (вік, рівень освіти, сімейний стан, працездатність) характеристики обстежених осіб і на цій основі сформовано основну групу ( $n=150$ ) і подібну їй за сукупністю згаданих характеристик групу порівняння ( $n=90$ ) для подальшого компаративного аналізу результатів лікування в них.

3. Встановлено, що в структурі ППП у соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками були облігатно присутні: тривожно-депресивна симптоматика, а також погіршення соматичного стану і якості життя. Так, на початку лікування пацієнтам обох груп були притаманні:

- депресивна симптоматика відносно низької інтенсивності, а саме (в ОГ і ГП відповідно): легка або помірна за шкалою PHQ-9 (84,0% і 85,5% випадків); легка за шкалою В. Зунге (85,3% і 81,1% випадків) та межова за шкалою HADS-D (88,0% і 83,3% випадків), без достовірних відмінностей між групами ( $p>0,05$ );

- тривожна симптоматика відносно низької інтенсивності, а саме (в ОГ і ГП відповідно): межова за шкалою HADS-A (86,0% і 78,9% випадків) низька або помірна за шкалами ОТ (74,0% і 70,0% випадків) та СТ (78,7% і 72,2% випадків) тесту Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, без достовірних відмінностей між групами ( $p>0,05$ );

- низькі результати оцінки за шкалою САН (в ОГ і ГП відповідно): «Самопочуття» –  $2,1\pm 0,18$  і  $2,4\pm 0,21$  балів; «Активність» –  $3,2\pm 0,24$  і  $3,3\pm 0,28$

балів; «Настрій» –  $2,7 \pm 0,19$  і  $2,9 \pm 0,19$  балів, без достовірних відмінностей між групами (скрізь  $p > 0,05$ ); а також:

- низький показник загального сприйняття якості життя за шкалою «Якість життя-100» ( $4,52 \pm 0,26$  і  $4,58 \pm 0,25$  балів в ОГ і ГП відповідно) без достовірних відмінностей між групами ( $p > 0,05$ ).

Доведено, що запропонований варіант комплексного (психотерапевтичного, психопрофілактичного і психофармакологічного) лікування на тлі стандартної фармакотерапії забезпечує значно глибшу редукцію тривожно-депресивної симптоматики, а також поліпшення самопочуття і якості життя, ніж застосування лише стандартної фармакотерапії. Так, серед пацієнтів із ОГ через рік після лікування (у порівнянні зі станом на початку лікування):

- число осіб без ознак депресії збільшилось: при оцінці за шкалами: PHQ-9 – в 5,1 рази (з 12,7% до 65,3% при  $p < 0,001$ ); Зунге – в 4,2 рази (з 11,3% до 47,3% при  $p < 0,001$ ) і HADS-D – в 3,5 рази (з 12,0% до 42,0% при  $p < 0,001$ ), в той час як в ГП жодних достовірних змін за цими показниками не відбулось;

- число осіб без ознак тривоги зросло при оцінці за шкалою HADS-D – в 3,9 рази (з 14,0% до 54,7% при  $p < 0,001$ ), а в ГП достовірних змін за цим показником не відбулось;

- показники «Самопочуття», «Активності» та «Настрою» (оцінені за опитувальником САН) зросли в середньому на 3,0; 1,8 та 2,6 бали відповідно (при  $p < 0,001$ ), в ГП лише на 1,8; 0,7 та 1,7 бали відповідно (при  $p < 0,001$ );

- інтегральна оцінка за тестом AUDIT зменшилась на 8,7 бали ( $p < 0,001$ ), в той час як в ГП лише на 4,9 бали (при  $p < 0,001$ );

- показник загального сприйняття якості життя за шкалою «Якість життя-100» зріс в середньому на 2,85 бали (при  $p < 0,001$ ), а в ГП лише на 1,4 бали (при  $p < 0,001$ ).

4. Аналіз результатів динамічного спостереження пацієнтів в ході дослідження дозволив визначити наступні мішені терапевтичних втручань: для психотерапії

та психофармакотерапії – тривожні і депресивні розлади (F 41.2); а для суто психотерапії – депресивні епізоди легкого ступеню (F32.0), розлади адаптації (F43.23), перевтома і недостатність відпочинку.

5. Науково обґрунтована, розроблена і впроваджена система діагностики, психотерапії та психопрофілактики у комплексному лікуванні соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками, є поєднанням медичних, психологічних, освітніх та соціальних заходів, розроблених з урахуванням впливу біопсихосоціальних факторів в генезі ППП, які спрямовані на запобігання або усунення клініко-психопатологічної симптоматики, зменшення або відмову респондентів від вживання алкоголю зі шкідливими наслідками і тим самим покращення їх соматичного стану. Зазначена система включає в себе психотерапевтичні, психопрофілактичні та психофармакотерапевтичні впливи, диференційовані залежно від клінічної специфіки ППП і типів особистісного та поведінкового реагування. Впровадження даної системи в заклади охорони здоров'я і профільні вищі МОЗ України довело її ефективність за критеріями редукції психопатологічних проявів, а також змін у соціальному функціонуванні та якості життя пацієнтів.



## Практичні рекомендації

1. Діагностика, психотерапія, психопрофілактика і психофармакотерапія представляють собою систему, засновану на принципах комплексності, диференційованості, етапності і послідовності, спрямовану на всі компоненти здоров'я хворих та можуть проводитись в двох напрямках – лікування соматичного здоров'я хворих і психотерапія психічних та поведінкових порушень у осіб, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.

2. Психопрофілактика психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками засновується на таких саме принципах, що і психотерапія, направлена на інформованість соматичних хворих про шкідливі наслідки вживання алкоголю. Психопрофілактичні заходи мають бути невід'ємною складовою лікування основного захворювання, що проводиться пацієнту.

3. Розроблений алгоритм надання медико-соціальної допомоги особам, які вживають алкогольні напої конкретизував співвідношення клінічної характеристики та рекомендованих заходів:

*а) ступінь «А» – відносно безпечне вживання алкоголю – психогігієна та психопрофілактика, що включає:*

- просвітницьку роботу стосовно вживання алкоголю та його наслідків;
- медико-психологічне забезпечення професійної та навчальної діяльності;
- консультативну допомогу при дезадаптивних формах поведінки (навчання навичкам ефективного спілкування, прийняття рішень, вироблення життєвої позиції);
- вироблення та розвиток навичок протидії різноманітним факторам ризику;
- формування навичок регуляції емоцій, розв'язання конфліктів;
- спільну роботу лікарів загальної практики, психіатрів, наркологів, психотерапевтів, лікарів-психологів щодо профілактики психічних та поведінкових порушень внаслідок вживання алкоголю через всебічне

обстеження груп ризику з подальшим проведенням психотерапії, соціально-психологічної реабілітації та корекції;

*б) ступінь «В» – небезпечне вживання алкоголю – психотерапевтична і соціально-психологічна допомога:*

- моніторинг – виділення і реєстрація вузького аспекту поведінки, яку необхідно змінити;
- методика контролю стимулу – означення оточення і стимулів, що запускають неадаптивну поведінку;
- терапія, сфокусована на розв’язанні проблем – допомога адикту в знаходженні адекватного вирішення;
- аутотренінг – підготовка адикту до зіткнення з важкими стресовими ситуаціями за рахунок володіння навичками самоконтролю (копінг-стратегії);
- позитивне інструктування, що підвищує здатність оволодіння проблемою.

*в) ступінь «С» – вживання алкоголю зі шкідливими наслідками. Рекомендована психокорекційна та психотерапевтична допомога, спрямована на:*

- формування мотивації і навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою корекції психічного стану, а також особистісного розвитку в цілому;
- вплив на емоційно-вольову сферу – формування навичок самоспостереження, самоорганізації, впорядковування власного життя, фрустраційної толерантності, включення адикту до суспільно корисної трудової діяльності, підвищення загального фону настрою шляхом опосередкованого впливу;
- дія на комунікативну сферу – формування навичок конструктивного спілкування та їх узгодження з комунікаційними потребами і навичками особистості до конструктивного спілкування, формування здатності до адекватного сприйняття оточуючих, розвиток емпатії, психокорекція сімейних відносин;
- вплив на когнітивну сферу – розвиток самосвідомості, формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття, конструктивне завершення

психотравмуючих гештальтів, вияв ірраціональних когніцій і неправильних цілей та заміна їх конструктивними, зміна стереотипів сприйняття когнітивних реакцій та атитюдів;

- взаємодія з ціннісно-сисловою сферою – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння системи вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню в будь-яких умовах;

- робота з моральною сферою особистості – формування внутрішнього локусу контролю, моральної свідомості як чинника саморегуляції поведінки, моральних ставлень людини до оточуючих, здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях;

- формування мотивації та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою корекції психічного стану, а також особистісного розвитку в цілому.

*г) ступінь «D» – залежність – психо- та фармакотерапія (дані пацієнти повинні направлятися сімейним лікарем до спеціаліста-нарколога):*

- фармакологічна корекція (антидепресанти, анксіолітики);

- індивідуальна психотерапія (раціональна, непряма, особистісно-орієнтована реконструктивна, когнітивно-поведінкова, «психотерапія через розуміння»), навчання самоконтролю (самоспостереження, самокритика, самотійна релаксація), аутогенне тренування в комплексі з аутосугестією;

- групова психотерапія з використанням вправи «на зворотний зв'язок», «рольова гра», «обмін ролями», «психодрама», сімейна психотерапія з вправами «сімейні ролі», «визначення сімейних правил», «сімейна хронологія», емоційно-стресова психотерапія (ЕСП) та інші.

4. Аналіз психодіагностичних методів дослідження показав їх валідність і необхідність використання в практичній діяльності сімейних лікарів, а саме: психометричний метод з використанням AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) застосовували з метою комплексної оцінки адиктивного статусу, визначення його тяжкості та глибини. Під час психодіагностичного

обстеження слід використовувати наступні стандартні методики дослідження: шкалу оцінки здоров'я пацієнта «Patient Health Questionnaire» (PHQ-9, 1999) для діагностики і оцінки ступеня вираженості симптомів депресії; методику диференційної діагностики депресивного стану В. Зунге (W. Zung, 1965), адаптовану Т.І. Балашовою; госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS, 1983) для виявлення та оцінки важкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної практики; шкалу оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, 1976); опитувальник «САН» (самопочуття, активність, настрій, 1973) для оцінки загального стану, ступеня емоційної та фізичної активності і настрою людини; опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека (для діагностики типу акцентуації особистості); опитувальник «Якість життя-100» (Mezzich, 1999) для оцінки соціального функціонування й якості життя пацієнтів. Таким чином, пропонуємо сімейним лікарям використовувати в своїй діяльності розроблену систему ступеневої діагностики вживання алкоголю (пацієнтами з соматичною патологією) на основі використання AUDIT та низки паралельних психодіагностичних методів дослідження.

5. На основі характерних особливостей анамнезу, соціально-демографічних, психометричних, психологічних, клініко-психопатологічних та соматичних даних запропоновано систему психотерапевтичної, реабілітаційної та профілактичної допомоги відповідним пацієнтам в практиці загальної сімейної медицини.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Л. М. Маркозова, І. В. Лінський, О. В. Бараненко. (2017). Аналіз динаміки поширеності та захворюваності на розлади психіки і поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин в Україні за період 1990–2014 років. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. (4, № 1), 52- 58.
2. О. І. Мінко, Л. М. Маркозова, Н. М. Лісна, С. В. Гольцова. (2018). Динаміка когнітивних порушень у осіб із алкогольною залежністю під впливом лікування. *Український вісник психоневрології*. 26(2), 72-76.
3. С.І. Табачников, Д.С. Лебедев, Г.Б. Трофімчук, Ю.Ю. Мартинова. (2009). Епідеміологічна ситуація відносно вживання психоактивних речовин в Україні. *Архів психіатрії*. Т. 15. №1(56), 81-88.
4. О.А. Ревенок, А.В. Каніщев, О.П. Олійник. (2014). Судово-психіатрична експертиза алкогольних психічних розладів у цивільному процесі: дані галузевої статистичної звітності. *Архів психіатрії*. Т.20, 2(77), 118-121
5. Лінський І. В., Волошин П. В., Марута Н. О., & Бакуменко Л. П. (2018). До ключових проблем психоневрології. *Журнал Національної академії медичних наук України*, (24, № 1-2), 105-113.
6. Марута Н. О., Колядко С. П., Явдак І. О., Каленська Г. Ю., & Денисенко М. М. (2017). Особливості терапевтичних заходів у хворих на невротичні розлади з аддиктивними формами поведінки. *Український вісник психоневрології*, (25, вип. 1), 133-134.
7. Мішиєв В. Д., & Омелянович В. Ю. (2020). Розділ 4.3. Основні положення про розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями. Вінниця: Нова Книга.
8. Сосін І. К., Гапонов К. Д., & Гончарова О. Ю. (2019). Прогнозування тяжкості розладів унаслідок уживання алкоголю у хворих залежно від рівня психосоціального стресу і стану гепатобіліарної системи у світлі

- концепції інтегрованої діагностики й терапії наркопатології. *Медицина сьогодні і завтра*, 82(1), 64-80.
9. Сосін І., Гончарова О., & Чуєв Ю. (2017). Патопсихологія тривожних розладів при алкогольній залежності: клінічні та дидактичні парадигми.
  10. Михайлов Б. В., Ашина Н. А., & Седельникова Е. И. (2018). Клиника, диагностика, принципы терапии соматоформных расстройств. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*.
  11. Марценковський І. А., & Марценковська І. І. (2019). Стабілізатори настрою: дискусійні питання терапії алкогольної залежності. *Міжнародний неврологічний журнал*, (3), 70-76.
  12. Кожина Г. М., Самардакова Г. О., Гайчук Л. М., Зеленська К. О., Синайко В. М., Стрельникова И. М., ... & Коровина Л. Д. (2019). Психиатрия и наркология (часть 1): рабочая тетрадь.
  13. Гапонов К. Д. (2015). Нові підходи до лікування алкогольної залежності з урахуванням її патоморфозу як відповідь на виклики сучасності. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. № 1-2, 85-91.
  14. Hannah Ritchie and Max Roser (2018) – "Alcohol Consumption". *Published online at OurWorldInData.org*. Retrieved from: <https://ourworldindata.org/alcohol-consumption> [Online Resource]
  15. Напрєєнко О. К., & Напрєєнко Н. Ю. (2017). Депресивні розлади при вживанні алкоголю зі шкідливими наслідками та при алкогольній залежності. *Український вісник психоневрології*, (25, вип. 2), 62-64.
  16. М.В. Маркова, К.Д.Гапонов, С.І.Табачніков. (2019). Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: концепція формування, персоніфіковані підходи до діагностики, прогнозування, терапії та реабілітації Харків: «Друкарня Мадрид», 409 с.
  17. Oliinyk O. (2017) Forensic psychiatric examination and psychosocial rehabilitation of persons with dependence on psychoactive substances. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 8(4), 499-506.

18. Т.В. Грузєва, Т.Б. Замкевич (2019). Стратегічні напрями боротьби з небезпечним та шкідливим вживанням алкоголю в документах всесвітньої організації охорони здоров'я . *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3), 124–133.  
<https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10603>
19. Децик О.З., Карпінєць І.М., Курманська Л.Г. (2012). Організація заходів профілактики алкогольної залежності лікарями загальної практики/сімейної медицини: Методичні рекомендації. – Київ: ДУ «Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України», 29 с.
20. Перцева Т. О., Куюмчян М. С., Юр'єва Л. М., & Дукельський О. О. (2018). Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу.
21. Кожина Г. М., & Литвиненко В. В. (2018). Оцінка ефективності психоосвіти у структурі реабілітації хворих з алкогольною залежністю.
22. World Health Organization. (2001). AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care / Thomas F. Babor ... [et al.], 2nd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
23. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999) Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD - The PHQ Primary Care Study. JAMA; 282(18): 1737-44
24. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. (2016). Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 234 с.

25. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.
26. Ханін Ю. Л. (1976). Краткое руководство к применению шкалы реактивности и личной тревожности Ч. Д. Спилберга / Ю. Л. Ханін.
27. Доскін В. А., Лаврентьева Н. А., Мирошников М. П., Шарай В. Б. (1973). Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. 6, 141–145.
28. Методика діагностики акцентуацій характеру (опросник К. Леонгарда – Г. Шмишенка. Режим доступу: <https://psycabi.net/testy/395-test-oprosnik-g-shmisheka-k-leongarda-metodikaaktsentuatsiikharaktera-i-temperamenta>
29. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Igbal Saeed, Perez Carlos. Validization an efficient quality life index. Abstracts XI World Congress psychiatry «Psychiatry on new Thresholds». — Hamburg, Germany, 6—11 August 1999. — P. 427—428.
30. О.П. Мельниченко, І.Л. Якименко, Р.Л. Шевченко. (2006). Статистична обробка експериментальних даних: Навчальний посібник / – Біла Церква, 34 с.
31. Алкоголізм в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Алкоголізм\\_в\\_Україні](https://uk.wikipedia.org/wiki/Алкоголізм_в_Україні).
32. Л. М. Маркозова, І. В. Лінський, О. В. Бараненко. (2015). Динаміка взаємозв'язків між захворюваністю та поширеністю залежності від алкоголю та інших психоактивних речовин в Україні за 1999–2013 рр. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2(1), 75-78.
33. І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик. (2016). Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2013–2015 рр. *Архів психіатрії*. Т. 22, №2 (85), 20-27.
34. І. Я. Пінчук, О. В. Колодежний, О. О. Петриченко, І. Ф. Здорик. (2017). Аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок



уживання психоактивних речовин у 2015–2016 роках. *Архів психіатрії*. Т. 23, №4 (91), 252-260.

35. Стан психічного здоров'я населення та показники діяльності психіатричної та наркологічної служби в Україні [Текст]: інформ.- аналіт. огляд за 2014-2017 рр. / [підгот.: П. В. Волошин та ін.]; Нац. акад. мед. наук України, ДУ «Ін-т неврології, психіатрії та наркології НАМН України», ГО «Асоц. неврологів, психіатрів та наркологів України». - Харків: Строков Д. В. [вид.], 2019. - 81, [2] с. : рис. - 300 прим. - ISBN 978-966-2571- 14-1
36. WHO (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalsstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalsstrategy.pdf))
37. WHO Regional Office for Europe (in press). Alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
38. WHO Regional Office for Europe (2012). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe  
([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf)).
39. WHO (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>)
40. Алкоголь убивает более 40 000 украинцев каждый год. Взято з <http://tvereza.info/sobriety/today/utodayru.html>.
41. Линник С. (2017). Реалізація в Україні глобальної стратегії ВООЗ «Скорочення шкідливого споживання алкоголю». «Вісник Вінницького національного медичного університету» 2(21) Режим доступу: [http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo\\_1/visnik10/fail/Lynnyk.pdf](http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnik10/fail/Lynnyk.pdf)

42. Шувера О. В. (2017). Судово-фармацевтичні основи удосконалення заходів протидії при алкогольній залежності (F10.2): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація». Харків, 25 с.
43. Чемерис Н. М. (2019). Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики вживання психоактивних речовин студентською молоддю : дис. канд. мед. наук : 14.02.03 / Чемерис Наталія Михайлівна – Ужгород, 227 с.
44. Чемерис Н. М. (2017). Медико-соціальні аспекти проблеми вживання психоактивних речовин молоддю (огляд наукової літератури). Україна. Здоров'я нації. № 3, 285–291.
45. Sundström C, Blankers M, Khadjesari Z. (2016). Computer-based interventions for problematic alcohol use: a review of systematic reviews. *Int J Behav Med.* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27757844>, accessed 11 July 2017). doi:10.1007/s12529-016-9601-8.
46. Williams EC, Johnson ML, Lapham GT, Caldeiro RM, Chew L, Fletcher GS et al. (2017). Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care settings: a structured literature review. *Psychol Addict Behav.* 2011; 25(2):206–14 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517141>, July 2017.
47. Hassan A. N. (2017). Patients with alcohol use disorder co-occurring with depression and anxiety symptoms: diagnostic and treatment initiation recommendations. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(1), 0-0.
48. Carvalho A. F., Heilig M., Perez A., Probst C., & Rehm J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 394(10200), 781-792.
49. Schwarzing M., Thiébaut S. P., Baillot S., Mallet V., & Rehm J. (2018). Alcohol use disorders and associated chronic disease—a national retrospective cohort study from France. *BMC public health*, 18(1), 43

50. Schwarzing M., Pollock B. G., Hasan O. S., Dufouil C., Rehm J., Baillot S., ... & Luchini S. (2018). Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(3), e124-e132.
51. Rathod S. D., Roberts T., Medhin G., Murhar V., Samudre S., Luitel N. P., ... & Shidhaye R. (2018). Detection and treatment initiation for depression and alcohol use disorders: facility-based cross-sectional studies in five low-income and middle-income country districts. *BMJ open*, 8(10), e023421
52. Lins'ky I., Minko O. I., Baranenko O. V., Ovcharenko M. O., Lynev O. M., Yevtushenko Y., Verbyts'ky Y., Samoylova O., Lisna N. M., & Hol'tsova S. V. (2019). Alcohol and adaptation disorders in combatants (results of the pilot research). *Likars'ka Sprava*, (4), 16-21.  
[https://doi.org/10.31640/JVD.4.2019\(3\)](https://doi.org/10.31640/JVD.4.2019(3))
53. Кучеренко М. П., Кучеренко Н. П., & Холодницький І. В. (2020). Особливості призначення антидепресантів для лікування хворих з діагнозом: Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю. Синдром залежності (Doctoral dissertation, UkrNDI Medicine of Transport)
54. Напрєєнко О. К., Напрєєнко Н. Ю. (2017). Депресивні розлади при вживанні алкоголю зі шкідливими наслідками та при алкогольній залежності. *Український вісник психоневрології*, (25, вип. 2), 62-64.
55. Напрєєнко Н. Ю. (2015). Профілактика депресивних розладів в осіб, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Укр. мед. часопис*. 4, 76-78.
56. А. П. Артемчук, О. А. Артемчук, К. А. Артемчук (2017). Вираженість і перебіг реактивної та особистісної тривоги у хворих, залежних від алкоголю, як інтегральні прогностичні показники формування терапевтичної ремісії. *Мед. психологія*. 12(2), 62-68.

57. Addolorato G., Mirijello A., Barrio P., Gual A. (2016). Treatment of alcohol use disorders in patients with alcoholic liver disease // J Hepatol. – 2016. – 65 (3). – P. 618-630.
58. Albakri A. (2018). Alcoholic cardiomyopathy: A review of literature on clinical status and meta-analysis of diagnostic and clinical management methods // Clin Med Invest. Vol. 3 3, 1-14.
59. Walter K. N., Wagner J. A., Cengiz E., Tamborlane W. V., & Petry N. M. (2017). Substance use disorders among patients with type 2 diabetes: A dangerous but understudied combination. Current diabetes reports, 17(1), 2.
60. Карпінець І. М. (2015). Аналіз десятирічних трендів показників захворюваності і смертності населення в Україні та Івано-Франківській області від причин, асоційованих із вживанням алкоголю. *Галицький лікар. вісн.* 22,4(2), 116-119.
61. Н. М. Чемерис, О. В. Любінець (2018). Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин в Україні. *Львів. мед. часопис.* 25(3), 58-64.
62. Психіатрія та наркологія. (2019). Навч.-метод. посіб. для студентів вищ. навч. закл. МОЗ України / А. М. Скрипніков [та ін.] ; рец.: М. В. Маркова, Р. І. Білобровка, Н. В. Литвиненко. – Київ: Медицина, 2019. – 224 с.
63. Д. М. Сафонов; рец.: М. В. Шевченко, В. І. Дарій. (2019). Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин : навч. посіб. для лікарів-спеціалістів лікувального профілю, що проходять перепідготовку відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста зі спеціальності "Психіатрія"; МОЗ України, Запоріж. держ. мед. ун-т, Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2019. — 94 с. 616.89-008.441.3(075.8), 21 с.

64. О.М. Дзюба, Л.М. Пазинич, О.Р. Ситенко, Є.М. Кривенко. (2017). Щодо питання глобального тягаря хвороб в Україні. ISSN 1681-2786. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2 (72), 8-13.
65. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. (2016). За ред. В. В. Шафранського; МОЗ України; ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 452 с.
66. Кручаниця В. В. (2016). Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 4, 18–22.
67. Wojtyła A., Bojar I., Biliński P. (2010). Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce. *Medycyna ogólna*. 16(4), 570–580.
68. Global status report on alcohol and health 2014. (2014). Geneva: World Health Organization. ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/), accessed 6 July 2017).
69. Alcohol fact sheet. (2015). [website]. Geneva: World Health Organization. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>, accessed 6 July 2017).
70. GOV.UK. Consultation outcome. Health risks from alcohol: new guidelines. (2016). [website]. London: Department of Health. (<https://www.gov.uk/government/consultations/health-risks-from-alcoholnew-guidelines>, accessed 6 July 2017).
71. WHO Regional Office for Europe (2017). Policy in action – a tool for measuring alcohol policy implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/339837/WHO\\_Policy-in-Action\\_indh\\_VII-2.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/339837/WHO_Policy-in-Action_indh_VII-2.pdf), accessed 29 March 2018).
72. Johnson M., Jackson R., Guillaume L., Meier P., Goyder E. (2017). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health (Oxf)*.

- 2011;33(3):412–21 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21169370>, accessed 11 July 2017).
73. Tate P, Tate L. (2014). The doctor's communication handbook. New York (NY): CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9780429243479>.
74. Moyers TB., Martin T., Manuel JK., Miller WR., Ernst D. (2017). Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI 3.1.1). Albuquerque (NM): University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions. ([https://casaa.unm.edu/download/miti3\\_1.pdf](https://casaa.unm.edu/download/miti3_1.pdf), accessed 12 July 2017).
75. Rehm J., Crépault J-F., Fischer B. (2017). The devil is in the details! On regulating cannabis use in Canada based on public health criteria. “Comment on Legalizing and Regulating Marijuana in Canada: Review of Potential Economic, Social, and Health Impacts”. *Int J Health Policy Manag.* 2017;6(3):173–6 ([http://www.ijhpm.com/article\\_3263.html](http://www.ijhpm.com/article_3263.html), accessed 12 July 2017).
76. Anderson Peter. (2005). The monitoring of the State of the World's drinking [Text]: What WHO has accomplished and what further needs to be done. *Addiction*.100(12), 1751-1754.
77. Кручаниця В. В. (2019). Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі наркологічної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я : дис. канд. мед. наук : 14.02.03 / Кручаниця Василь Васильович – Київ, 2019. 292 с.
78. Вієвський А. М. (2011). Характеристика вживання психоактивних речовин дітьми та підлітками в світлі її медико-соціальної корекції та профілактики. *Психічне здоров'я*. 4, 21–27.
79. Patrick M. E., Fairlie A. M., & Lee C. M. (2018). Motives for simultaneous alcohol and marijuana use among young adults. *Addictive Behaviors*, 76, 363-369.

80. Hogarth L., Hardy L., Mathew A. R., & Hitsman B. (2018). Negative mood-induced alcohol-seeking is greater in young adults who report depression symptoms, drinking to cope, and subjective reactivity. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 26(2), 138.
81. Nebe Stephan, et al. "No association of goal-directed and habitual control with alcohol consumption in young adults." *Addiction biology* 23.1 (2018): 379-393.
82. Skrzynski Carillon J., and Kasey G. Creswell. (2020). Associations between solitary drinking and increased alcohol consumption, alcohol problems, and drinking to cope motives in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 115.11, 1989-2007.
83. Hingson Ralph, Wenxing Zha, and Daniel Smyth. (2017). Magnitude and trends in heavy episodic drinking, alcohol-impaired driving, and alcohol-related mortality and overdose hospitalizations among emerging adults of college ages 18–24 in the United States, 1998–2014. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 78.4, 540-548.
84. La Fauci V., Squeri R., Spataro P., Genovese C., Laudani N., & Alessi V. (2019). Young people, young adults and binge drinking. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 60(4), 376-385.
85. Lupi M., Martinotti G., & Di Giannantonio M. (2017). Drunkorexia: an emerging trend in young adults. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(4), 619-622.
86. Patrick M. E., & Terry-McElrath Y. M. (2017). High-intensity drinking by underage young adults in the United States. *Addiction*, 112(1), 82-93.
87. Degenhardt L., Charlson F., Ferrari A., Santomauro D., Erskine H., Mantilla-Herrera A., ... & Vos T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012.

88. Cambron C., Kosterman R., Catalano R. F., Guttmanova K., & Hawkins J. D. (2018). Neighborhood, family, and peer factors associated with early adolescent smoking and alcohol use. *Journal of youth and adolescence*, 47(2), 369-382.
89. Беляева Т. К., Пухова А. Г., Бикмаева А. В., & Пухарев А. С. (2017). Этнические аспекты пьянства и алкоголизма. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*, (7-2), 236-238.
90. Гамарник Р. О. (2019). Географические особенности заболеваемости циррозом печени. <https://elib.bsu.by/bitstream/123456789/232434/1/53-54.pdf>.
91. Комплієнко І. (2020). Неповна сім'я як чинник вживання старшокласниками психоактивних речовин. *Проблеми сучасної психології*, 49, 177-201.
92. Громов О. В. (2019). Попередження розвитку дитячої співзалежності в умовах організації соціального супроводу адиктивно узалежненої сім'ї.
93. Краснова О. І., Плужнікова Т. В., Краснов О. Г., Краснова О. И., Плужникова Т. В., & Краснов О. Г. (2020). Проблема вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв в підлітковому віці. [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.8](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.8)
94. Коваль Т. О. (2017). Аналіз чинників, які спонукають молодь до вживання алкоголю. In *Наукові розробки молоді на сучасному етапі*. Київський національний університет технологій та дизайну.
95. Lysyuk I. V., & Khristenko M. (2017). Підлітковий алкоголізм: соціальні фактори ризику. *Медсестринство*, (2), 3 с.
96. Niland P., McCreanor T., Lyons A. C., & Griffin C. (2017). Alcohol marketing on social media: young adults engage with alcohol marketing on facebook. *Addiction Research & Theory*, 25(4), 273-284.



97. Buchanan L., Kelly B., Yeatman H., & Kariippanon K. (2018). The effects of digital marketing of unhealthy commodities on young people: a systematic review. *Nutrients*, 10(2), 148.
98. Jernigan D. H., Padon A., Ross C., & Borzekowski D. (2017). Self-reported youth and adult exposure to alcohol marketing in traditional and digital media: Results of a pilot survey. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 41(3), 618-625.
99. Scott S., Muirhead C., Shucksmith J., Tyrrell R., & Kaner E. (2017). Does industry-driven alcohol marketing influence adolescent drinking behaviour? A systematic review. *Alcohol and alcoholism*, 52(1), 84-94.
100. Berey B. L., Loparco C., Leeman R. F., & Grube J. W. (2017). The myriad influences of alcohol advertising on adolescent drinking. *Current addiction reports*, 4(2), 172-183.
101. Collins R. L., Martino S. C., Kovalchik S. A., D'Amico E. J., Shadel W. G., Becker K. M., & Tolpadi A. (2017). Exposure to alcohol advertising and adolescents' drinking beliefs: Role of message interpretation. *Health Psychology*, 36(9), 890.
102. Scott S., Muirhead C., Shucksmith J., Tyrrell R., & Kaner E. (2017). Does industry-driven alcohol marketing influence adolescent drinking behaviour? A systematic review. *Alcohol and alcoholism*, 52(1), 84-94.
103. Faulkner Agatha, Denise Azar, and Victoria White. (2017). Unintended audiences of alcohol advertising: exposure and drinking behaviors among Australian adolescents. *Journal of Substance Use*. 22.1, 108-112.
104. Verissimo A. D. O., & Grella C. E. (2017). Influence of gender and race/ethnicity on perceived barriers to help-seeking for alcohol or drug problems. *Journal of substance abuse treatment*, 75, 54-61.
105. Evans E. A., Grella C. E., Washington D. L., & Upchurch D. M. (2017). Gender and race/ethnic differences in the persistence of alcohol, drug, and poly-substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 174, 128-136.

106. Petit G., Luminet O., Cordovil de Sousa Uva M., Monhonval P., Leclercq S., Spilliaert Q., ... & de Timary P. (2017). Gender differences in affects and craving in alcohol-dependence: A study during alcohol detoxification. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 41(2), 421-431.
107. Коваль Т. О. (2017). Аналіз чинників, які спонукають молодь до вживання алкоголю. *Наукові розробки молоді на сучасному етапі*. Київський національний університет технологій та дизайну, 588-589.
108. Лобанов І. Ю. (2017). Мінімальна дисфункція головного мозку як етап і біологічний предиктор формування алкогольної залежності. *Український вісник психоневрології*, (25, вип. 1), 186-187.
109. Омельчук М. О., Рекеда Н. М., & Власенко Р. П. (2020). Збереження здоров'я. Мотиви споживання алкоголю та інших наркотичних речовин у підлітковому віці. *Водні і наземні екосистеми та збереження їх біорізноманіття*, 158-160.
110. Мелега К. П. (2017). Наукові засади профілактики найпоширеніших неінфекційних захворювань сучасності. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 / Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. – 33 p.
111. Fact sheet on SDGs - Noncommunicable diseases (SDG target 3.4) / Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (2017). – 110 p. [Electronic resource] [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/364937/ncd-rus.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/364937/ncd-rus.pdf)
112. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe. (2006). [Electronic resource]. – Access mode: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/79397/E88335R.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/79397/E88335R.pdf)
113. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH): levels of consumption [online database]. Geneva: World Health Organization. (2018)

- [Electronic resource]. – Access mode :  
[http://www.who.int/gho/alcohol/consumption\\_levels/en/](http://www.who.int/gho/alcohol/consumption_levels/en/).
114. WHO. Citation: World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
115. T. S. Gruzieva, V. A. Dunets, V. B. Zamkevych. (2016). Harmful alcohol consumption: prevalence, trends, health burden, reduction strategy. *Wiadomości Lekarskie*. T.LXIX. 2, 183–189.
116. T. S. Gruzieva, V. A. Dunets, V. B. Zamkevych. (2016). Peculiarities and tendencies of harmful alcohol consumption in Ukraine and European countries World Health Organization. Cyril-Methodius Days of the Social Services. Proceedings of the international expert-scientific conference / [ed. J. Stančiak, S. Dončevova, A. Dudžakova, P. Slovak]. – 2-nd ed. – Budapest: Heraldika Kiado, 2016, 39–48.
117. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. (2019). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 168.
118. WHO launches SAFER alcohol control initiative to prevent and reduce alcohol-related death and disability. Geneva: WHO (2019). [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.who.int/news-room/detail/28-09-2018-who-launchessafer-alcohol-control-initiative-to-prevent-and-reduce-alcohol-related-death-and-disability>
119. World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO. (2018). [Electronic resource]. – Access mode: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2017/en](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en) .
120. Рудавка С.І. (2017). Соціально-економічні проблеми алкоголізму в Україні та його вплив на здоров'я людини. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2(21), 529-534.
121. Витрати і ресурси домогосподарств України за 9 місяців 2017 року (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств).

- (2018). Державна служба статистики України. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
122. О. Субочев, Є. Киян. Ринок алкогольної продукції. (2019). Режим доступу: <https://rating.zone/rynok-alkoholnoi-produktsii/>
123. van Lier H. G., Oberhagemann M., Stroes J. D., Enewoldsen N. M., Pieterse M. E., Schraagen J. M. C., ... & Noordzij M. L. (2017, April). Design decisions for a real time, alcohol craving study using physio-and psychological measures. In *International Conference on Persuasive Technology* (pp. 3-15). Springer, Cham.
124. Lewis B., Price J. L., Garcia C. C., & Nixon S. J. (2019). Emotional face processing among treatment-seeking individuals with alcohol use disorders: Investigating sex differences and relationships with interpersonal functioning. *Alcohol and Alcoholism*, 54(4), 361-369.
125. Laws H. B., Ellerbeck N. E., Rodrigues A. S., Simmons J. A., & Ansell E. B. (2017). Social rejection and alcohol use in daily life. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 41(4), 820-827.
126. Лобанов С. А. (2018). Алкогольная и наркотическая зависимость как предикторы психических расстройств. *Актуальные проблемы государства и общества в области обеспечения прав и свобод человека и гражданина*, (2), 59-64.
127. Лобанов І. Ю. (2018). Особливості клінічного вмісту алкогольної залежності, що має початок у підлітковому віці. *Український журнал медицини, біології та спорту*, 4(326), 143.
128. Рогач І. М., Керецман А. О., Погоріляк Р. Ю., & Рего О. Ю. (2020). Поширення куріння та вживання алкоголю серед школярів м. Ужгорода, як одна із основних медико-соціальних проблем сучасності. DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-324-327.

129. Питецька Н. І., & Панасенко В. О. (2018). Місто та питання здоров'я. Гендерні особливості формування алкоголізму. *Гендерна політика міст: історія та сучасність*. 6. 2018, 85-89.
130. Verissimo A. D. O., & Grella C. E. (2017). Influence of gender and race/ethnicity on perceived barriers to help-seeking for alcohol or drug problems. *Journal of substance abuse treatment*, 75, 54-61.
131. Agabio R., Pisanu C., Luigi Gessa G., & Franconi F. (2017). Sex differences in alcohol use disorder. *Current medicinal chemistry*, 24(24), 2661-2670.
132. Зарудна О. І., Зарудна Д. О., Абухажар О. П., Караневич М. І., & Легка Л. Л. (2018). Проблема шкідливих звичок у підлітків. Режим доступу  
<http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/13778/1/Karanevych.pdf>.
133. Nadkarni A., Weobong B., Weiss H. A., McCambridge J., Bhat B., Katti B., ... & Patel V. (2017). Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10065), 186-195.
134. Peltier M. R., Verplaetse T. L., Mineur Y. S., Petrakis I. L., Cosgrove K. P., Picciotto M. R., & McKee S. A. (2019). Sex differences in stress-related alcohol use. *Neurobiology of stress*, 10, 100-149.
135. Holst C., Tolstrup J. S., Sørensen H. J., & Becker U. (2017). Alcohol dependence and risk of somatic diseases and mortality: a cohort study in 19 002 men and women attending alcohol treatment. *Addiction*, 112(8), 1358-1366.
136. Schwarz A. S., Kruse M., Nielsen A. S., Nielsen B., & Sogaard J. (2020). Health care consumption for somatic patients following a brief outreach alcohol intervention. *Nordic Journal of Health Economics*, 8(1), 13-30.

137. Torrey W. C., Cepeda M., Castro S., Bartels S. M., Cubillos L., Obando F. S., ... & Marsch L. A. (2020). Implementing technology-supported care for depression and alcohol use disorder in primary care in Colombia: preliminary findings. *Psychiatric Services*, 71(7), 678-683.
138. Bommersbach T. J., Lapid M. I., Rummans T. A., & Morse R. M. (2015, May). Geriatric alcohol use disorder: a review for primary care physicians. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 90, No. 5, pp. 659-666). Elsevier.
139. О. О. Ріга, Н. М. Коновалова (2017). Фізичний розвиток дітей раннього віку, народжених від матерів, які вживають алкоголь. *Укр. журн. медицини, біології та спорту*. 3,1(10), 190–193.
140. Мовсісян А. Г. (2017). Профілактика адиктивної залежності на засадах судової фармації при формуванні здорового способу життя у молоді: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. фарм. наук; спец. 14.01.17 «Наркологія». А. Г. Мовсісян.— К., 2017, 27 с.
141. Бринзюк М. Формування здорового способу життя підлітків: проблеми і перспективи. Інноваційні процеси в розвитку дошкільної та початкової освіти: зб. наук. пр.; за заг. ред. Н. А. Басюк. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2018, 64.
142. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник за 2013–2015 роки. (2016). МОЗ України, УНДІСіСПтаНУ МОЗ України, Наркологія ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України». К., 79 с.
143. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. (2017). ДУ «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України».— К., 228 с

144. Poda N. V., & Guk-Leshevskay Z. O. (2019). Клінічні особливості перебігу пептичної виразки у хворих на цукровий діабет II типу. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, 19(2), 40-47.
145. Шевчук М. В., Циганенко О. О., Тараненко О. В., Крижевський В. В., & Маньковський Б. М. (2019). Фактори ризику виникнення депресії у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу. *Український вісник психоневрології*, (27, вип. 3), 65-68.
146. Polsky S., & Akturk H. K. (2017). Alcohol consumption, diabetes risk, and cardiovascular disease within diabetes. *Current diabetes reports*, 17(12), 1-12.
147. Kim J., Kim J. S., Kim S. S., Jung J. G., Yoon S. J., Seo Y. R., ... & Lee W. J. (2020). Influence of facial flushing on pre-or type 2 diabetes risk according to alcohol consumption in Korean male. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(3), 153.
148. Holst C., Becker U., Jørgensen M. E., Grønbaek M., & Tolstrup J. S. (2017). Alcohol drinking patterns and risk of diabetes: a cohort study of 70,551 men and women from the general Danish population. *Diabetologia*, 60(10), 1941-1950.
149. Jill P Crandall, Sarit Polsky, Andrea A Howard, Leigh Perreault, George A Bray, Elizabeth Barrett-Connor, Janet Brown-Friday, Tracy Whittington, Sandra Foo, Yong Ma, Sharon L Edelstein, Diabetes Prevention Program Research Group (2009). Alcohol consumption and diabetes risk in the Diabetes Prevention Program. *The American journal of clinical nutrition*, 90(3), 595-601.
150. Bertoglia M. P., Gormaz J. G., Libuy M., Sanhueza D., Gajardo A., Srur A., ... & Erazo M. (2017). The population impact of obesity, sedentary lifestyle, and tobacco and alcohol consumption on the prevalence of type 2 diabetes: Analysis of a health population survey in Chile, 2010. *PloS one*, 12(5), e0178092.

151. Schnurr T. M., Jakupović H., Carrasquilla G. D., Ängquist L., Grarup N., Sørensen T. I., ... & Kilpeläinen T. O. (2020). Obesity, unfavourable lifestyle and genetic risk of type 2 diabetes: A case-cohort study. *Diabetologia*, 63(7), 1324-1332.
152. Zhang Y. Z., Yu Y. Q., Yuan Y., He M. A., & Wu T. C. (2017). Association of alcohol use and incidence of type 2 diabetes mellitus in the middle-aged and elderly male population: a prospective cohort study. *Zhonghua yu Fang yi xue za zhi [Chinese Journal of Preventive Medicine]*, 51(10), 922-926.
153. Pastor A., Conn J., MacIsaac R. J., & Bonomo Y. (2020). Alcohol and illicit drug use in people with diabetes. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 8(3), 239-248.
154. Starup-Linde J., Frost M., Vestergaard P., & Abrahamsen B. (2017). Epidemiology of fractures in diabetes. *Calcified tissue international*, 100(2), 109-121.
155. Голдобін П. О. (2017). Метод покращення компенсації цукрового діабету. *Молодий вчений*, (11), 58-63.
156. Натрус Л. В., Гайова Л. В., Биховець М. Ю., Осадчук Ю. С., & Коновалов С. Е. (2020). Значення регуляторних впливів на ліпідний метаболізм при ускладненому цукровому діабеті 2 типу. *Фізіологічний журнал*, (66), 1.
157. Майданник В. Г., & Шевченко Т. А. (2018). Стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, залежно від наявності хронічних ускладнень. *Проблеми клінічної педіатрії*, (4), 6-13.
158. Мостбауер Г. В. (2019). Алкоголь і артеріальна гіпертензія. Режим доступу: [http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/964/1/ZU2019-05\\_52-55.pdf](http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/964/1/ZU2019-05_52-55.pdf)



159. Корінчак Л. М. (2016). Алкоголь і алкоголізм, їх шкідливий вплив на організм людини. 6 с.  
<http://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/6789/6402/1/%D0%90%D0%9B%D0%9A%D0%9E%D0%93%D0%9E%D0%9B%D0%AC%20%D0%86%20%D0%90%D0%9B%D0%9A%D0%9E%D0%93%D0%9E%D0%9B%D0%86%D0%97%D0%9C%2C%20%D0%87%D0%A5%20%D0%A8%D0%9A%D0%86%D0%94%D0%9B%D0%98%D0%92%D0%98%D0%99%20%D0%92%D0%9F%D0%9B%D0%98%D0%92.pdf>
160. Тertiшній С. І., Шулятнікова Т. В., & Зубко М. Д. (2020). Патоморфологічні зміни в серці в умовах тривалого вживання алкоголю. *Патологія*, 17(2), 149.
161. Коновалов С. В. (2013). Клініко-морфологічні зміни при алкогольній кардіоміопатії (ретроспективний аналіз). *Вісник морфології*, (19, № 1), 155-160.
162. Хіміон Л. В., & Бойко А. В. (2016). Особливості факторів ризику серцево-судинних захворювань у хворих на артеріальну гіпертензію. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. ПЛ Шупика*, (26), 533-541.
163. І.М. Рогач, А.І.Палко, А.О.Керецман, Е.І.Качер.(2017). Шкідливі звички дорослого населення Ужгорода та їх вплив на стан здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського університету серія «Медицина»*, 1(55), 155-157.
164. Zhao J., Stockwell T., Roemer A., Naimi T., & Chikritzhs T. (2017). Alcohol consumption and mortality from coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 78(3), 375-386.
165. Day E., & Rudd J. H. (2019). Alcohol use disorders and the heart. *Addiction*, 114(9), 1670-1678.

166. Cheng Y. C., Huang Y. C., & Huang W. L. (2019). Heart rate variability as a potential biomarker for alcohol use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 204, 107502.
167. Zhang S., Wang L., Yang T., Chen L., Zhao L., Wang T., ... & Qin J. (2020). Parental alcohol consumption and the risk of congenital heart diseases in offspring: An updated systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology*, 27(4), 410-421.
168. Sadhu J. S., Novak E., Mukamal K. J., Kizer J. R., Psaty B. M., Stein P. K., & Brown D. L. (2018). Association of alcohol consumption after development of heart failure with survival among older adults in the cardiovascular health study. *JAMA network open*, 1(8), e186383-e186383.
169. Whitman I. R., Agarwal V., Nah G., Dukes J. W., Vittinghoff E., Dewland T. A., & Marcus G. M. (2017). Alcohol abuse and cardiac disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(1), 13-24.
170. Criqui M. H., & Thomas I. C. (2017). Alcohol consumption and cardiac disease: where are we now?. DOI: [10.1016/j.jacc.2016.10.049](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.10.049)
171. O'Keefe E. L., DiNicolantonio J. J., O'Keefe J. H., & Lavie C. J. (2018). Alcohol and CV health: Jekyll and Hyde J-curves. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61(1), 68-75.
172. Wang Y., Morishima M., Li, D., Takahashi N., Saikawa T., Nattel S., & Ono K. (2020). Binge Alcohol Exposure Triggers Atrial Fibrillation Through T-Type Ca<sup>2+</sup> Channel Upregulation via Protein Kinase C (PKC)/Glycogen Synthesis Kinase 3 $\beta$  (GSK3 $\beta$ )/Nuclear Factor of Activated T-Cells (NFAT) Signaling – An Experimental Account of Holiday Heart Syndrome. *Circulation Journal*, 84(11), 1931-1940.
173. Чулков О. М. (2017). Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування: навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів I та II медичного

- факультетів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія / О. М. Чулков, А. З. Григорян, К. А. Сінча. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 131 с.
174. Кривенко В. І., Непрядкіна І. В., Федорова О. П., Пахомова С. П., Колесник М. Ю., Качан І. С., & Радомська Т. Ю. (2018). Основні клінічні синдроми в пульмонології: навчальний посібник для лікарів-інтернів за спец. «Загальна практика-сімейна медицина», «Внутрішні хвороби» / В. І. Кривенко, І. В. Непрядкіна, О. П. Федорова [та ін.]. - Запоріжжя: [ЗДМУ], 132 с.
175. Simou E., Leonardi-Bee J., & Britton J. (2018). The effect of alcohol consumption on the risk of ARDS: a systematic review and meta-analysis. *Chest*, 154(1), 58-68.
176. Mehta A. J., & Guidot D. M. (2017). Alcohol and the lung. *Alcohol research: current reviews*, 38(2), 243.
177. Arvers P. (2018). Alcohol consumption and lung damage: dangerous relationships. *Revue des maladies respiratoires*, 35(10), 1039-1049.
178. Fini M. A., Gaydos J., McNally A., Karoor V., & Burnham E. L. (2017). Alcohol abuse is associated with enhanced pulmonary and systemic xanthine oxidoreductase activity. *American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology*, 313(6), L1047-L1057.
179. Rehm J., Hasan O. S. M., Imtiaz S., & Neufeld M. (2017). Quantifying the contribution of alcohol to cardiomyopathy: a systematic review. *Alcohol*, 61, 9-15.
180. Batzner A., Pfeiffer B., Neugebauer A., Aicha D., Blank C., & Seggewiss H. (2018). Survival after alcohol septal ablation in patients with hypertrophic obstructive cardiomyopathy. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(24), 3087-3094.
181. Manthey J., Imtiaz S., Neufeld M., Rylett M., & Rehm J. (2017). Quantifying the global contribution of alcohol consumption to cardiomyopathy. *Population health metrics*, 15(1), 1-9.

182. Nieminen M. T., & Salaspuro M. (2018). Local acetaldehyde – an essential role in alcohol-related upper gastrointestinal tract carcinogenesis. *Cancers*, 10(1), 11.
183. Preedy V. R. (2017). *Alcohol and the Gastrointestinal Tract*. CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9781315149844>.
184. Ness-Jensen E., & Lagergren J. (2017). Tobacco smoking, alcohol consumption and gastro-oesophageal reflux disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 31(5), 501-508.
185. Crabb D. W., Im G. Y., Szabo G., Mellinger J. L., & Lucey M. R. (2020). Diagnosis and treatment of alcohol-associated liver diseases: 2019 practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 71(1), 306-333.
186. Chuang Y. S., Wu M. C., Yu F. J., Wang Y. K., Lu C. Y., Wu D. C., Kuo C. T., Wu M. T., & Wu I. C. (2017). Effects of alcohol consumption, cigarette smoking, and betel quid chewing on upper digestive diseases: a large cross-sectional study and meta-analysis. *Oncotarget*, 8(44), 78011–78022. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.20831>
187. Yegen B. C. (2018). Lifestyle and Peptic Ulcer Disease. *Current pharmaceutical design*, 24(18), 2034-2040.
188. Тимошенко О. М. (2017). Вплив шкідливих звичок на фізичний стан людини. *Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення*, 160-163.
189. Ciocan D., Rebours V., Voican C. S., Wrzosek L., Puchois V., Cassard A. M., & Perlemuter G. (2018). Characterization of intestinal microbiota in alcoholic patients with and without alcoholic hepatitis or chronic alcoholic pancreatitis. *Scientific reports*, 8(1), 1-12.
190. Singhvi A., & Yadav D. (2018). Myths and realities about alcohol and smoking in chronic pancreatitis. *Current opinion in gastroenterology*, 34(5), 355.

191. Stuart C. E., Singh R. G., Ramos G. C. A., Priya S., Ko J., DeSouza S. V., ... & Petrov M. S. (2020). Relationship of pancreas volume to tobacco smoking and alcohol consumption following pancreatitis. *Pancreatology*, 20(1), 60-67.
192. Jeon C. Y., Whitcomb D. C., Slivka A., Brand R. E., Gelrud A., Tang, G., ... & Yadav D. (2019). Lifetime drinking history of persons with chronic pancreatitis. *Alcohol and Alcoholism*, 54(6), 615-624.
193. Скворцов В. В., Устинова М. Н., & Халилова У. А. (2017). Диагностика и лечение хронического алкогольного панкреатита. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 8 (144), 45-51.
194. Самогальська О. Є., Шманько О. В., & Лобанець Н. В. (2019). Особливості перебігу алкогольного цирозу печінки в поєднанні з хронічним панкреатитом. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (3), 129-132.
195. Molodtsov V. E. (2020). Деякі особливості патогенезу алкогольного гепатиту та алкогольного цирозу печінки за поєднання з артеріальною гіпертензією. *Клінічна та експериментальна патологія*, 19(2), 20-27.
196. Радченко О. М. (2019). Стратегія і тактика профілактики уражень печінки. *Гепатологія*, (1), 77-86.
197. Bajaj J. S. (2019). Alcohol, liver disease and the gut microbiota. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 16(4), 235-246.
198. European Association for the Study of the Liver. (2018). EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *Journal of hepatology*, 69(1), 154-181.
199. Fuster D., & Samet J. H. (2018). Alcohol use in patients with chronic liver disease. *New England Journal of Medicine*, 379(13), 1251-1261.
200. Witkiewitz K., Kranzler H. R., Hallgren K. A., O'Malley S. S., Falk D. E., Litten R. Z., ... & Anton R. F. (2018). Drinking risk level reductions associated with improvements in physical health and quality of life among

- individuals with alcohol use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(12), 2453-2465.
201. Kirouac M., Stein E. R., Pearson M. R., & Witkiewitz K. (2017). Viability of the World Health Organization quality of life measure to assess changes in quality of life following treatment for alcohol use disorder. *Quality of Life Research*, 26(11), 2987-2997.
  202. Charzyńska E., Gruszczyńska E., & Heszen-Celińska I. (2020). The role of forgiveness and gratitude in the quality of life of alcohol-dependent persons. *Addiction Research & Theory*, 28(2), 173-182.
  203. Longabaugh R., Mattson M. E., Connors G. J., & Cooney N. L. (1994). Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (12), 119-129.
  204. Foster J. H., Marshall E. J., Hooper R., & Peters T. J. (1998). Quality of life measures in alcohol dependent subjects and changes with abstinence and continued heavy drinking. *Addiction biology*, 3(3), 321-332.
  205. Буланов В. А. (2014). Феномен якості життя та його зв'язок із салютогенетичною парадигмою особистості. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*, (62), 25-31.
  206. Kraemer K. L., Maisto S. A., Conigliaro J., McNeil M., Gordon A. J., Kelle M. E. (2002). Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *Journal of General Internal Medicine*. 17(5), 382-386.
  207. Foster J. H., Peters T. J., & Marshall E. J. (2000). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 22(1), 45-52. [https://doi.org/10.1016/s0741-8329\(00\)00102-6](https://doi.org/10.1016/s0741-8329(00)00102-6).
  208. Gardsjord E. S., Romm K. L., Røssberg J. I., Friis S., Barder H. E., Evensen J., ... & Melle I. (2018). Is going into stable symptomatic remission associated with a more positive development of life satisfaction? A 10-year

- follow-up study of first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 193, 364-369.
209. Lan C. W., Scott-Sheldon L. A., Carey K. B., Johnson B. T., & Carey M. P. (2017). Prevalence of alcohol use, sexual risk behavior, and HIV among Russians in high-risk settings: a systematic review and meta-analysis. *International journal of behavioral medicine*, 24(2), 180-190. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27730501/>
210. Cunningham K., Martinez D. A., Scott-Sheldon L. A., Carey K. B., & Carey M. P. (2017). Alcohol use and sexual risk behaviors among adolescents with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 26(5), 353-366.
211. Wintemute G. J., Wright M. A., Castillo-Carniglia A., Shev A., & Cerdá M. (2018). Firearms, alcohol and crime: convictions for driving under the influence (DUI) and other alcohol-related crimes and risk for future criminal activity among authorised purchasers of handguns. *Injury prevention*, 24(1), 68-72.
212. Kennedy E., Heron J., & Munafò M. (2017). Substance use, criminal behaviour and psychiatric symptoms following childhood traumatic brain injury: findings from the ALSPAC cohort. *European child & adolescent psychiatry*, 26(10), 1197-1206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5610220/>
213. Галан Н. В., & Чорний М. В. (2017). Актуальні питання проведення експертизи алкогольного та наркотичного сп'яніння. Матеріали міжвідомчої науково-практичної конференції (Київ, 24 листопада 2017 року), 339-340.
214. Олійник О. П. (2019). Судово-психіатрична оцінка станів залежності в кримінальному провадженні. *Архів психіатрії*, (25, № 1), 63-68.

215. Олійник О. П. (2018). Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин: сучасні тенденції, проблемні аспекти та перспективи. *Архів психіатрії*, (24, № 2), 121-124.
216. Li J., Lovatt M., Eadie D., Dobbie F., Meier P., Holmes J., ... & MacKintosh A. M. (2017). Public attitudes towards alcohol control policies in Scotland and England: Results from a mixed-methods study. *Social Science & Medicine*, 177, 177-189.
217. McCambridge J., Mialon M., & Hawkins B. (2018). Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. *Addiction*, 113(9), 1571-1584. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29542202/>
218. Burton R., & Sheron N. (2018). No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet*, 392(10152), 987-988. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(18\)31571-X/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(18)31571-X/fulltext)
219. Kranzler H. R., Zhou H., Kember R. L., Smith R. V., Justice A. C., Damrauer S., ... & Gelernter J. (2019). Genome-wide association study of alcohol consumption and use disorder in 274,424 individuals from multiple populations. *Nature communications*, 10(1), 1-11.
220. Короленко Ц. П., Овчинников А. А., Султанова А. Н., & Неустроева А. Ю. (2019). Социально-психологические характеристики при формировании аддиктивного поведения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 119(1), 69-71.
221. Бікєтова С.В. (2020). Корекційна робота з підлітками, які мають акцентуації характеру. *Соціально-психологічні аспекти розвитку суб'єктів освітнього процесу*, 13-16.
222. Бідось М. А. (2020). Вплив сімейного виховання на виникнення адиктивної поведінки : кваліфікаційна робота магістра за спеціальністю 053 – Психологія / М. А. Бідось. – Тернопіль: ТНТУ, 82 с.
223. Куць В. С. (2019). Основні характеристики залежної поведінки. *Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених science*



on civil protection as a way of becoming young scientists, 233 с.

224. Jimerson S. R., Sheridan S. M., Hoffman J. A., Coddling R. S., & Eckert T. L. (2020). Retrospect and prospect regarding school psychology scholarship: Reflections of Lightner Witmer award winners. *School Psychology*, 35(6), 409.
225. Berne J. E. (1983). The management of patients post-suicide attempt in an urban municipal hospital. *Psychiatria Fennica*, 45-54.
226. Curtin J. J., & Fairchild B. A. (2003). Alcohol and cognitive control: implications for regulation of behavior during response conflict. *Journal of abnormal psychology*, 112(3), 424–436. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.112.3.424>.
227. Михайлов Б. В. (2017). Стан і перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в умовах реформування медичної галузі України. *Український вісник психоневрології*. 25,1(90), 25-28.
228. Сосин И. К., & Чуев, Ю. Ф. (2005). Наркология (монография). Харьков: Коллегиум, 800 с.
229. Sosin I., Honcharova O., & Chuiev Y. (2019, April). Method for integrated therapy of comorbid alcohol and tobacco dependence. *European psychiatry*. 56, 539.
230. Franco S. (Ed.). (2015). *Tackling harmful alcohol use economics and public health policy: Economics and public health policy*. OECD publishing.
231. Bogenschutz M. P., Podrebarac S. K., Duane J. H., Amegadzie S. S., Malone T. C., Owens L. T., ... & Mennenga S. E. (2018). Clinical interpretations of patient experience in a trial of psilocybin-assisted psychotherapy for alcohol use disorder. *Frontiers in pharmacology*, 9, 100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29515439/>
232. Nandrino J. L., Gandolphe M. C., & El Haj M. (2017). Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders: Towards

implications for psychotherapy research. *Drug and alcohol dependence*, 179, 61-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28756101/>

## ДОДАТКИ

Додаток А

### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

*(\*особистий внесок здобувача)*

1. Салдень В.І. (2020). Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Український Вісник психоневрології*. Т. 28, 4 (105), 40-45. DOI: [10.36927/2079-0325-V28-is4-2020](https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020)
2. Salden V. I. (2020). Prevalence of depressive and anxiety disorders in somatic patients who use alcohol with harmful effects. *Archives of Psychiatry*. 26(1): pp. 50–52. DOI: 10.37822/2410-7484.2020.26.1.50-52
3. Салдень В. І. (2019). Рання діагностика і психокорекція психічних та поведінкових порушень у хворих первинної ланки, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Архів психіатрії*, (25, № 1), 30-33.
4. Salden V. (2018). General characteristics of primary care patients who drink alcohol with harmful effects. *Sciences of Europe (Praha, Czech Republic)* 2(34), 29-33.
5. Tabachnikov S., Mishiev V., Kharchenko E., Osukhovskaya O., Grinevich E., Vasylyeva G., ...&, Salden V. (2020). Psychotherapeutic and psychoprophylactic help to somatic patients who use psychoactive substances in the family medicine practice. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology journal*. 11(1), 199-205. (Scopus) (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).
6. Табачніков С. І., Харченко Є. М., Осуховська О. С., Михальчук Н. О., Чепурна А. М., Салдень В. І. (2019). Освітня програма курсів інформації та стажування за темою «Первинна медична допомога в загальній практиці сімейної медицини пацієнтам, які вживають психоактивні речовини». *Вісник*

невідкладної і відновної медицини. Т. 32, 2(151), 41-45 (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

7. Пінчук І.Я., Табачников С.І., ...&, Салдень В.І. (2019). Алгоритм надання профілактичної і лікувальної допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими порушеннями внаслідок вживання психоактивних речовин в практиці сімейної медицини. ФОП «Бихун», 2019. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

8. S. Tabachnikov, I. Pinchuk, E. Kharchenko, ...&, V. Salden. (2018). World experience of criteria for providing prophylactic and therapeutic assistance to patients with a somatic profile who use psychoactive substances in the practice of a family doctor. *Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України*. 2-3(104-105), 108-113 (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

9. Tabachnikov S.I., Pinchuk I.Ya., Kharchenko Ye.M., Osukhovskaya O.S., Tabachnikov O.Yu., Mazbits V.B, ...&, Salden V.I., (2018). Psychological, clinical and instrumental-laboratory methods for the diagnosis of the usage of psychoactive substances by somatic patients in the practice of family medicine. *Archives of Psychiatry*. 24, № 4 (95), 229-234. (\*збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).

10. Пінчук І.Я., Табачников С.І., Харченко Є.М., Осуховська О.С., Мажбіц В.Б., ...&, Салдень В.І. (2018). Клініко-психопатологічна характеристика психічних і поведінкових порушень у осіб, які вживають психоактивні речовини в практиці сімейного лікаря та методи їх первинної профілактики. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я. (\* збір інформації, обробка та узагальнення даних).

#### *Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:*

1. Салдень В.І. (2020). Сучасні проблеми надання первинної медичної допомоги пацієнтам, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками в загальній

практиці сімейної медицини. С. 171-172. Міжнародна науково-практична конференція «Нові тенденції та невирішені питання профілактичної та клінічної медицини», 25–26 вересня 2020 р., м. Люблін, Республіка Польща.

*Publishing House “Baltija Publishing”*

2. Салдень В.І. (2020). Психопрофілактика психічних та поведінкових порушень у соматичних хворих, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. С. 232-233. Тези III Міжнародної науково-практичної конференції “Theory, science and practice”, 05-09 жовтня 2020 р., м.Токіо, Японія.

3. Салдень В.І. (2020). Клініко-психопатологічні та психодіагностичні методи дослідження соматичних хворих с психічними та поведінковими порушеннями, які вживали алкоголь зі шкідливими наслідками. С. 249-251. Тези XV науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медико-психологічні та інформаційні аспекти реабілітації і абілітації людини», 20 жовтня 2020 р., м. Костянтинівка, Україна.

4. Салдень В.І. (2020). Принципи організації психотерапевтичної тактики в комплексному лікуванні соматичних хворих із психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. С. 38-39. Тези V всеукраїнської науково-практичної конференції «Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку», 05 листопада 2020 р., м. Запоріжжя, Україна.

5. Салдень В. І. (2019). Рання діагностика, психотерапія та психокорекція психічних та поведінкових розладів у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. Збірник статей та тез доповідей Всеукраїнської серпневої конференції «Педагогічний пошук – 2019, м. Київ, 15-16 серпня. С. 40-41.

6. Салдень В. (2019). Гендерні особливості вживання алкоголю зі шкідливими наслідками при психічній та соматичній патології в практиці сімейної медицини. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 4(1), e0401182-e0401182.

7. Салдень В.І. (2019). Психодіагностичне дослідження хворих з соматичною патологією, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками. *Архів психіатрії* Т. 25, № 2 (97), 2019 р. С. 119-120.
8. Салдень В. І. (2018). Алгоритм надання комплексної первинної медичної допомоги особам із соматичними захворюваннями, які вживають алкоголь. *Архів психіатрії*, (24, № 1), 60-61.
9. Салдень В.І. (2018). Оцінка якості життя пацієнтів, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками і звертаються з соматичними скаргами до сімейних лікарів. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 3(4), 2 с. // тези Конгресу «Психосоматична медицина 21 століття: реалії та перспективи» 1-2 листопада 2018 р., м. Київ.
10. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Осуховська О.С., ...&, Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Сучасна діагностика вживання психоактивних речовин в практиці сімейної медицини. Матеріали XIX Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченої 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка / Харків: Видавництво «Плеяда» – 2019 р. С. 174-177. (\* *збір інформації, обробка та узагальнення даних*).
11. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Когнітивні порушення у соматично хворих, які вживають психоактивні речовини в практиці сімейної медицини. Матеріали XIX Української науково-практичної конференції з міжнародною участю: «Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченої 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка / Харків: Видавництво «Плеяда» – 2019 р. С. 177-180. (\* *збір інформації, обробка та узагальнення даних*).
12. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Підвищення кваліфікації сімейних лікарів з основ психіатрії, наркології

та медичної психології. Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку // матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції 21 березня 2019 р., м. Запоріжжя. С. 3-4. (*\* збір інформації, обробка та узагальнення даних*).

13. Табачніков С.І., Пінчук І.Я., Харченко Є.М., Чепурна А.М., Салдень В.І. (2019). Рання діагностика вживання психоактивних речовин соматично хворими в практиці сімейної медицини» Педагогіка вищої школи: досвід і тенденції розвитку // матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції 21 березня 2019 р., м. Запоріжжя. С. 25-26. (*\* збір інформації, обробка та узагальнення даних*).

14. Харченко Є. М., Осуховська О. С., Мажбіц В. Б., Чепурна А. М., Салдень В. І. (2018). Психокорекційна та психопрофілактична допомога хворим літнього віку, які мають соматичну патологію і вживають психоактивні речовини в практиці сімейної медицини. Соціальна адаптація людей літнього віку і сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності // матеріали V науково-практичної конференції та форуму з міжнародною участю Університетів Третього Віку, 19-21 грудня 2018 р., м. Луцьк. С. 37-38; (*\* збір інформації, обробка та узагальнення даних*).

**Угода**  
**про науково-практичне співробітництво між Українським**  
**науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії**  
**та наркології МОЗ України та КНП «ЦПНС №1» Солом'янського р-ну.**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, в подальшому УНДІ ССПН, в особі Директора, д-ра мед. наук, с.н.с. Пінчук І.Я., який діє на підставі Статуту, з однієї сторони, та КНП «ЦПНС №1» Солом'янського р-ну, в подальшому ЦПНС №1, в особі директора Сваток А.С., який діє на підставі Статуту, з другої сторони, які разом називаються «Сторони», керуючись принципами рівноправного партнерства та взаємоповаги, приймаючи до уваги велике значення соціальної і судової психіатрії та наркології для держави, суспільства, прав і інтересів людини, а також з метою розширення та зміцнення співробітництва Уклали цю Угоду про наступне:

#### 1. ПРЕДМЕТ УГОДИ

1.1. Угода передбачає спільну науково-практичну діяльність «Сторін», спрямовану на подальший розвиток і вдосконалення психіатрії та наркології в Україні в рамках науково-дослідних робіт: «Розробити алгоритм надання первинної медичної допомоги в загальній практиці сімейної медицини пацієнтам, які вживають психоактивні речовини», а також «Розробка моделі психопрофілактики невротичних, пов'язаних зі стресом, розладів у жінок працездатного віку», затверджених МОЗ України і «Рання діагностика і профілактика психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю із шкідливими наслідками в практиці сімейного лікаря». Вказані вище дослідження будуть проведені науковцями інституту зі збереженням етичних норм, без розголошення прізвищ учасників.

1.2. Науково-практична діяльність «Сторін» за згодою хворих буде здійснюватись за наступними напрямками:

- визначення факторів ризику зловживання психоактивними речовинами;
- рання діагностика та профілактика психічних і поведінкових розладів у осіб з соматичною патологією, які вживають алкоголь із шкідливими наслідками;
- розробка диференційованих критеріїв надання медико-соціальної допомоги з урахуванням видів психоактивних речовин на етапі первинної медичної допомоги для лікарів загальної практики-сімейної медицини;
- впровадження заходів психопрофілактики та надання первинної медичної допомоги в загальній практиці сімейної медицини пацієнтам, які вживають психоактивні речовини.

#### 2. ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

2.1. УНДІ ССПН зобов'язується:

2.1.1. Створити умови для реалізації всіх пунктів даної Угоди.

2.1.2. Проводити науково-методичну роботу з фахівцями ЦПНС №1 з проблем психіатрії та наркології (особливо ранньої діагностики та профілактики хімічних



адикцій на етапі первинної медико-соціальної допомоги) та психопрофілактики невротичних, пов'язаних зі стресом, розладів у жінок працездатного віку.

2.2. ЦПНС №1 зобов'язується:

2.2.1. Створити умови для реалізації всіх пунктів даної Угоди.

2.2.2. Використовувати результати спільних науково-практичних розробок для публікацій, наукових повідомлень, підготовки методичних рекомендацій з питань лікувальної та профілактичної роботи.

### 3. ТЕРМІН ДІЇ І УМОВИ ПРИПИНЕННЯ УГОДИ

3.1. Угода укладена терміном на 5 років і вступає в силу з дати її підписання двома «Сторонами».

3.2. Ця Угода припиняється :

- достроково за взаємною згодою «Сторін»;
- у разі продовження форс-мажорних обставин більше 3 місяців з моменту їх настання.

### 4. ОСОБЛИВІ УМОВИ

4.1. Ця Угода має некомерційний характер та не переслідує мету одержання будь-яких прибутків.

4.2. Будь-яка зміна Угоди та її змісту підлягає двосторонньому узгодженню.

4.3. Усі суперечки, що виникають між сторонами за Угодою вирішуються у встановленому законодавством порядку.

4.4. Відповідальні виконавці:

- від УНДІ ССПН: Директор, д-р мед. наук, с.н.с. Пінчук І.Я.
- від ЦПНС №1: Директор Сваток А.С.

4.5. Угода складена в м. Києві 03 січня 2018 р. у двох примірниках українською мовою, текст яких ідентичний та має однакову юридичну силу.

### 5. Реквізити і підписи сторін

|                                                                        |                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| УНДІ ССПН<br>Юридична адреса:<br>04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103 | КНП «ЦПНС №1» Солом'янського р-ну<br>Юридична адреса:<br>03600, м. Київ, Космонавта Комарова, 3 |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

  
І.Я. Пінчук

«03» січня 2018 р.

  
А.С. Сваток

«03» січня 2018 р.

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Директор КНП «ЦПМСД №1»

Солом'янського району,



2021 р.

**Акт впровадження**

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними і поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.
2. **Установа, її адреса та виконавці:** Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103, Салдень В.І.
3. **Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи Салдень В.І. на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина», спеціалізація 14.01.16 – психіатрія, «Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними і поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками».
4. **Установа, в якій здійснено дослідження і впровадження:** КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Солом'янського району, м. Київ.
5. **Форма впровадження:** семінари-тренінги з сімейними лікарями з подальшим впровадженням в КНП «ЦПМСД №1» Солом'янського району, м. Києва системи комплексної медичної допомоги пацієнтам із коморбідною патологією.
6. **Термін впровадження:** грудень 2020 р. – січень 2021 р.
7. **Ефективність впровадження:** підвищення професійного рівня та отримання навичок сімейними лікарями в наданні медичної допомоги пацієнтам із коморбідною патологією.
8. **Зауваження, пропозиції:** немає.

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Ректор ПВНЗ «Київський медичний університет»

д-р мед.н., професор

Іванів Б.Б.

2021 р.

**Акт впровадження**

**в навчальний процес студентів медичного факультету зі спеціальності «Психіатрія»**

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками (діагностика, психотерапія та психопрофілактика)
2. **Ким запропоновано, адреса виконавця:** Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103, Салдень В.І.
1. **Джерела інформації:** Табачников С.І., Салдень В.І. у співавт. «Освітня програма курсів інформації та стажування за темою «Первинна медична допомога в загальній практиці сімейної медицини пацієнтам, які вживають психоактивні речовини». Вісник невідкладної і відновної медицини Т. 32, № 2 (151) 2019 р. С. 41-45  
Салдень В.І. «Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними і поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками» Український Вісник психоневрології. Т. 28, випуск 4 (105), 2020, с. 40-45
2. **Установа, в якій здійснено впровадження:** ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, кафедра неврології, психіатрії, рефлексології та мануальної терапії, ЛФК та спортивної медицини
3. **Термін впровадження:** грудень 2020 р. – січень 2021 р.
4. **Галузь застосування:** навчальний процес з підготовки студентів IV курсу медичних факультетів з дисципліни «Психіатрія»
5. **Ефективність впровадження:** підвищення освітнього та наукового рівня підготовки студентів IV курсу з теми «Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих внаслідок шкідливого вживання алкоголю»
6. **Пропозиція:** Рекомендовано використання в навчальному процесі з підготовки студентів курсу медичних факультетів з дисципліни «Психіатрія»: лекція на тему: «Порушення психіки та поведінки у соматичних хворих внаслідок вживання алкоголю» (тривалість – 5 хв.), практичне заняття на тему «Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих внаслідок шкідливого вживання алкоголю» (тривалість – 10 хв.)

Відповідальний за впровадження:  
Завідувач кафедри неврології,  
психіатрії та фізичної реабілітації, д-р мед.н.

Копчак О.О.

№ 01-в/1/2021

Від «12» січня 2021 року

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Директор ДЗ «НПІМ РДЦ МОЗ України»,  
головний науковий співробітник,  
Заслужений лікар України,  
держ. упр., д.мед.н., проф.



О.А. Панченко

### **Акт впровадження**

- 1. Назва пропозиції для впровадження:** Діагностика, психотерапія і психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.
- 2. Установа, її адреса та виконавці:** Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103, Салдень В.І.
- 3. Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи Салдень В.І. на здобуття ступеня доктора філософії в галузі 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина», «Діагностика, психотерапія і психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками».
- 4. Установа, в якій здійснено впровадження:** Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України».
- 5. Форма впровадження:** фрагмент дисертаційного дослідження: короткострокова, раціональна, непряма, емоційно-стресова психотерапія, аутогенне тренування пацієнтам із коморбідною патологією.



**6. Термін впровадження:** січень – грудень 2020 року.

**7. Ефективність впровадження:** підвищення професійного рівня та отримання навичок лікарями в наданні медичної допомоги пацієнтам із коморбідною патологією.

**8. Зауваження, пропозиції:** немає.

Керівник наукового відділу,  
к.мед.н., доцент

Медичний директор

Лікар-психіатр



С.М. Радченко

Є.О. Пугач

В.М. Березовський



**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Проректор з науково-педагогічної роботи  
Вінницького національного медичного  
університету ім. М.І. Пирогова  
д-р мед. наук, професор  
Гумнєський Ю.Й.

**Акт впровадження**

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками (діагностика, психотерапія та психопрофілактика)
2. **Ким запропоновано, адреса виконавця:** Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103, Салдень В.І.
3. **Джерела інформації:** Салдень В.І. «Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними і поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками» Український Вісник психоневрології. Т. 28, випуск 4 (105), 2020, с. 40-45
4. **Установа, в якій здійснено впровадження:** Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
5. **Термін впровадження:** грудень 2020 р. – січень 2021 р.
6. **Галузь застосування:** навчальний процес з підготовки лікарів-інтернів «медична психологія»
7. **Ефективність впровадження:** підвищення освітнього та наукового рівня підготовки лікарів-інтернів з фаху «медична психологія»
8. **Матеріали, щодо впровадження обговорені на засіданні кафедри 2.02 2021 р (протокол №7)**

Завідувач кафедри  
медичної психології та психіатрії  
з курсом післядипломної освіти  
д-р мед. наук, професор

Н.Г. ПШУК

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Проректор з науково-педагогічної та навчальної  
роботи НМУ ім. О.О. Богомольця

д-р мед.н., професор

Власенко О.М.

«18» 02 2021 р.

**Акт впровадження**

**в навчальний процес студентів медичного факультету зі спеціальності «Психіатрія»**

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками (діагностика, психотерапія та психопрофілактика)
2. **Ким запропоновано, адреса виконавця:** Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103, Салдень В.І.
3. **Джерела інформації:** Матеріали дисертаційної роботи Салдень В.І. на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина», спеціалізація 14.01.16 – психіатрія, «Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними і поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками»
4. **Установа, в якій здійснено впровадження:** НМУ ім. О.О. Богомольця
5. **Термін впровадження:** грудень 2020 р. – січень 2021 р.
6. **Галузь застосування:** навчальний процес з підготовки студентів IV курсу медичних факультетів
7. **Ефективність впровадження:** підвищення освітнього та наукового рівня підготовки студентів з теми «Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих внаслідок шкідливого вживання алкоголю»
8. **Пропозиція:** Рекомендовано використання в навчальному процесі з підготовки студентів курсу медичних факультетів з дисципліни «Психіатрія»: лекція на темі: «Порушення психіки та поведінки у соматичних хворих внаслідок вживання алкоголю», практичне заняття на тему «Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих внаслідок шкідливого вживання алкоголю»

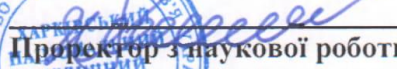
Відповідальний за впровадження:

проф. Чабан О.



18.02.2021



**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
  
Проректор з наукової роботи  
Харківського національного  
медичного університету  
професор В. В. М'ясоєдов  
«29» січня 2021 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

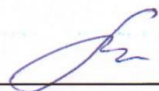
1. Найменування пропозиції: Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками (діагностика, психотерапія та психопрофілактика).
2. Ким і коли запропонований: Салдень В.І. – аспірант Державної установи «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103, 2020 р.
3. Джерела інформації: Матеріали дисертаційної роботи Салдень В.І. на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина», спеціалізація 14.01.16 – психіатрія, «Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними і поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками».
4. Де і коли впроваджено: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ, завідувач кафедри д.мед.н., проф. Кожина Г.М., грудень 2020 р. – січень 2021 р.
5. Результати застосування методу з грудня 2020 р. по січень 2021 р.: Впровадження у науково-навчальний процес на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ в лекційному курсі, при проведенні практичних занять зі студентами, аспірантами, а також у науково-дослідну роботу кафедри.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п. 3): підвищення освітнього та наукового рівня підготовки студентів та аспірантів з теми «Психічні і поведінкові порушення у соматичних хворих внаслідок шкідливого вживання алкоголю».
7. Зауваження, пропозиції – немає.

**Відповідальний за впровадження:**

завідувач кафедри психіатрії, наркології,  
медичної психології та соціальної роботи  
Харківського національного медичного  
університету, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

29.01.2021

(дата)

  
\_\_\_\_\_  
(підпис)



**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

В.о. директора ДУ «Науково-дослідний  
інститут психіатрії Міністерства охорони  
здоров'я України»

Ціомік О.В.

2020 р.



**Акт впровадження**

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Діагностика, психотерапія і психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними та поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками.
2. **Установа, її адреса та виконавці:** Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103, Салдень В.І.
3. **Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи Салдень В.І. на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 222 «Медицина» «Діагностика, психотерапія і психопрофілактика психічних та поведінкових порушень у комплексному лікуванні хворих соматичного профілю, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками».
4. **Установа, в якій здійснено впровадження:** ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України».
5. **Термін впровадження:** 16.06.2020 р.- 30.11.2020 р.
6. **Загальна кількість спостережень:** 56
7. **Ефективність впровадження:** ефективна у 87%
8. **Зауваження, пропозиції:** немає.



ПІДПИСАНО ТА ВЕРДЖУЮ»

Головний директор КНП «Центр  
первинної медико-санітарної  
допомоги Селидівської міської ради»  
В.П. Литвиненко  
12 2020 р.

### Акт впровадження

1. **Назва пропозиції для впровадження:** Діагностика, психотерапія та психопрофілактика в комплексному лікуванні соматичних хворих з психічними і поведінковими порушеннями, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками
2. **Установа, її адреса та виконавці:** Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103, Салдень В.І.
3. **Джерело інформації:** Табачников С.І., Салдень В.І. у співавт. «Критерії надання профілактичної і лікувальної допомоги пацієнтам з психічними і поведінковими порушеннями внаслідок вживання психоактивних речовин в практиці сімейної медицини». Методичний посібник. 2018 р.
4. **Установа, в якій здійснено впровадження:** КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги Селидівської міської ради»
5. **Форма впровадження:** семінар-тренінг з сімейними лікарями з запровадження в систему комплексної медичної допомоги пацієнтам із коморбідною патологією
6. **Термін впровадження:** «02» 12 2019 р. – «08» 12 2020 р.
7. **Ефективність впровадження:** підвищення професійного рівня та отримання навичок сімейними лікарями в наданні медичної допомоги пацієнтам із коморбідною патологією
8. **Зауваження, пропозиції:** немає.