

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ У ВЕТЕРАНОВ ВОЙН, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

А.М. Резник^{1,2}

¹ Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)» г. Москва, Россия.

² ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Россия

АННОТАЦИЯ

Высокая распространенность злоупотребления алкоголем и зависимость от алкоголя, коморбидность с другими психическими нарушениями, неясность каузальной атрибуции расстройств, вызванных употреблением алкоголя, у российских ветеранов локальных войн стали предпосылкой данного исследования.

Цель исследования. Изучение психопатологической структуры, клинической динамики, предпосылок возникновения психических расстройств у российских ветеранов локальных войн, и, в частности, изучение распространенности, патогенных факторов, коморбидности алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем с симптомами стрессовых расстройств у российских ветеранов, проходивших стационарное лечение.

Материал и методы. В обсервационное исследование «случай-контроль» включены 685 пациентов, которые проходили лечение в психиатрических отделениях военного госпиталя: основная группа (ветераны) — 264 ветерана вооруженных конфликтов, которые получали стационарное лечение в госпитале с 1992 до 2010 год; 1-я группа сравнения, включала 296 человек — всех военнослужащих и военных пенсионеров, получавших лечение в госпитале в течение одного календарного года, никогда в прошлом не принимавших участия в боевых действиях; 2-я группа сравнения — 125 военнослужащих (кадровые и запаса), которые не принимали участия в боевых действиях и соответствовали по среднему возрасту и кривой распределения возраста пациентам основной группы. В сравниваемых выборках проведен клинико-психопатологический анализ выявленных у пациентов симптомов с последующим соотношением их с критериями МКБ-10 для диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и расстройств, вызванных употреблением алкоголя, что позволило на этапе анализа данных установить значимость различия их частоты и степени сопряженности.

Результаты. Выявлено отсутствие разницы распространенности симптомов алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем у ветеранов и других военнослужащих и военных пенсионеров, не принимавших участия в боевых действиях. Вместе с тем, отмечена тенденция к гиподиагностике алкогольной зависимости у ветеранов вообще и имеющих симптомы ПТСР, в частности. То есть, диагноз алкогольной зависимости не ставили в большинстве случаев, когда у ветеранов наряду с ее признаками имелись симптомы стрессовых или других психических расстройств. В таких случаях чаще устанавливали диагноз психического расстройства, связанного со стрессом или другого психического расстройства, признаки которого были выявлены, а злоупотребление алкоголем характеризовали как сопутствующее или осложняющее. В выборке ветеранов не выявлено значимой связи между какими-либо формами зависимости или злоупотреблением алкоголем и наличием симптомов стрессовых расстройств: напротив, симптомы повторного переживания травмы чаще отмечались у ветеранов, которые не были склонны к частому употреблению спиртного. Боевые стрессоры, которые прослеживаются в анамнезе, по встречаемости не имели разницы у ветеранов с любыми формами злоупотребления алкоголем и у ветеранов, которые не склонны к частому употреблению спиртных напитков. Вместе с тем, у участников исследования основной группы, имеющих алкогольную зависимость, отмечено, что в период участия в боевых действиях у них чаще были случаи аддиктивного поведения. В связи с этим злоупотребление алкоголем во время боевых действий требует дополнительной проверки на предмет его прогностического значения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: алкогольная зависимость, алкоголизм, злоупотребление алкоголем, боевая психическая травма, боевое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, боевой стресс

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Резник Александр Михайлович, e-mail: a.m.reznik1969@gmail.com

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: А. М. Резник. Злоупотребление алкоголем у ветеранов войн, получавших лечение в психиатрическом стационаре // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2023. — Т. 3, № 4. — С. 108–122. — DOI 10.36107/2782-1714_2023-3_4-108-122.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ALCOHOL ABUSE IN WAR VETERANS TREATED IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

A.M. Reznik^{1,2}

¹ Medical Institute of Continuing Education, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia.

² Psychiatric Clinical Hospital No. 1 named after N.A. Alekseev, Moscow, Russia.

ABSTRACT

Background. The high prevalence of alcohol abuse and alcohol dependence, comorbidity with other mental disorders, and unclear causal attribution of alcohol use disorders in Russian veterans of local wars became the background for this study.

Purpose. To study the prevalence of alcohol addiction in veterans among Russian veterans of local wars who underwent inpatient treatment, to check the significance of combat stress factors for the development of alcohol dependence, to study the relationship between alcohol dependence and alcohol abuse with symptoms of stress disorders.

Methods. The observational case-control study included 685 patients who were treated in the psychiatric departments of a military hospital: 264 veterans of military conflicts who received inpatient treatment at the hospital from 1992 to 2010 (the main group); 296 people, all military personnel and retirees who received treatment in the hospital during one calendar year, who had never participated in combat operations in the past (the 1st comparison group); 125 servicemen (regular and reserve) who did not take part in hostilities and matched the average age and age distribution curve of the patients of the main group (the 2nd comparison group). In the compared samples, a clinical and psychopathological analysis of the symptoms identified in patients was carried out, followed by the application of the ICD-10 criteria for diagnosing post-traumatic stress disorder (PTSD) and alcohol use disorders, which made it possible at the stage of data analysis to establish the significance of the difference in their frequency and degree of association.

Results and conclusion. There was no difference in the prevalence of alcohol dependence and alcohol abuse symptoms among veterans and other servicemen and military retirees who did not take part in hostilities. At the same time, there was a tendency to underdiagnose alcohol dependence in veterans in general and those with PTSD symptoms in particular. In other words, the diagnosis of alcohol dependence was not made in most cases when veterans showed symptoms of stress or other mental disorders along with signs of alcoholism. These cases were more likely to be diagnosed as having a stress-related mental disorder or other mental disorder, with alcohol abuse being characterised as co-occurring or complicating. In the sample of veterans, there was no significant relationship between any forms of addictive behavior and the presence of symptoms of stress disorders. On the contrary, the symptoms of re-experiencing trauma were more often observed in veterans who were not prone to frequent drinking. Combat stressors traceable in the anamnesis did not differ in their occurrence in veterans with any form of alcohol abuse and veterans who are not prone to frequent alcohol use. A slight difference was noted only in the fact that among the pathological reactions in combat situations among veterans abusing alcohol, addictive behavior was more often traced and, therefore, alcohol abuse during combat requires additional testing for its prognostic value.

KEYWORDS: alcohol addiction, alcoholism, alcohol abuse, combat mental trauma, combat stress disorder, post-traumatic stress disorder, combat post-traumatic stress disorder, combat stress

CORRESPONDENCE: Aleksandr M. Reznik, e-mail: a.m.reznik1969@gmail.com

FOR CITATIONS: Reznik A. M. Alcohol Abuse in War Veterans Treated in a Psychiatric Hospital // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. 2023. — V. 3. — N. 4. — P. 108–122. — DOI 10.36107/2782-1714_2023-3-4-108-122.

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding to study

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article

ВВЕДЕНИЕ

Злоупотребление алкоголем и зависимость от него широко распространена у участников и ветеранов войн и вооруженных конфликтов [1-6]. По данным С.В. Литвинцева (1994) до 22,7% военнослужащих по контракту, поступавших в 1981-1989 гг. на лечение в психиатрические отделения 650 Центрального армейского военного госпиталя в г. Кабуле (650 ВГ), составляли больные с диагностированной алкогольной зависимостью, либо с алкогольными психозами. Среди военнослужащих по призыву случаи алкогольной зависимости или злоупотребления алкоголем отмечались в редких случаях, однако чаще диагностировали наркоманию — на нее приходилось 13,3% всех военнослужащих рядового состава, поступавших на лечение в психиатрические отделения 650 ВГ. За весь период боевых действий Ограниченного контингента Советских войск в Афганистане (1979-1989 гг.) в лечебно-профилактических учреждениях передового района случаи алкоголизма составляли 8,6% всех диагностированных психических расстройств у офицеров, а наркомании — 15,6% всех диагностированных психических расстройств у военнослужащих рядового состава [1].

Высокая распространенность алкогольной и наркотической зависимости и злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) отмечена у участников военных действий в других странах. Так, высокий уровень употребления ПАВ среди солдат, проходящих военную службу в подразделениях, развернутых в зоне боевых действий в Персидском Заливе в 1993 г., сохранялся, и даже продолжал расти и после их возвращения на родину [7, 8]. Подобная тенденция прослеживалась среди американских военнослужащих, вернувшихся из Ирака [9], увеличение частоты злоупотребления и зависимости от ПАВ и алкоголя спустя время обнаруживалось у ветеранов многих других локальных войн [10], а по данным некоторых исследователей оно имело место у 60-80% респондентов [11]. Согласно электронной медицинской документации Департамента по делам ветеранов США до 10% бывших участников контртеррористической операции «Несокрушимая свобода» в Афганистане и «Операции освобождения Ирака» имели диагностированные расстройства, связанные с употреблением алкоголя [12]. По данным американского Департамента по делам обороны при опросе военнослужащих-ветеранов 33% признавали случаи пьянства в течение последнего месяца [6]. Однако существует мнение, что некоторое время даже массовое злоупотребление алкоголем и частое использование наркотиков на войне не влечет за собой формирование зависимости. Например, среди военных репортеров, постоянно занятых работой в «горячих точках», число мужчин, злоупотреблявших спиртными напитками, оказалось в три раза, а женщин — в семь раз больше, чем среди их коллег, занятых в других областях журналистики. Вместе с тем распространенность алкогольной зависимости среди военных репортеров не превышало показателей американской популяции [13].

Похожая тенденция отмечена при изучении катамнеза злоупотреблявших алкоголем советских участников боевых действий в Афганистане в 1979-1989 гг. [2].

В научной литературе преобладает точка зрения, что психическая патология, вызванная употреблением ПАВ и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) являются в высокой степени коморбидными и встречаются у одного и того же человека гораздо чаще, чем можно было бы случайно предсказать, учитывая соответствующую распространенность каждого расстройства [4]. На связь постстрессовых нарушений и алкоголизма указывает то, что среди ветеранов с симптомами ПТСР злоупотребление спиртным отмечается в два раза чаще, чем у ветеранов, не имеющих признаков стрессовых расстройств [14]. По разным данным от 33% [12, 15] до 75% ветеранов боевых действий одновременно с ПТСР имеют признаки психических расстройств, связанных с употреблением наркотиков или алкоголя [15-18]. И, наоборот, по данным американского Департамента по делам ветеранов 63% ветеранов с расстройствами в связи с употреблением алкоголя и 76% с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других ПАВ, имеют диагноз ПТСР [12]. Структурированные интервью выявляют ПТСР у 42,5% участников стационарных программ лечения злоупотребления психоактивными веществами [19]. В выборке ветеранов боевых действий во Вьетнаме увеличение частоты случаев употребления алкоголя соответствовало увеличению тяжести симптомов ПТСР [20].

Однако некоторые исследователи доказывают, что злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, по крайней мере, не увеличивает вероятность развития иных психических расстройств [21]. В ряде публикаций опровергается наличие значимой ассоциации между наличием и тяжестью симптомов ПТСР и интенсивностью влечения к алкоголю, выраженностью абстинентного синдрома или частотой рецидивов алкоголизма [22, 23]. Также отвергается связь между самим фактом перенесенной психической травмы и формированием алкогольной зависимости [24]. Высказывается мнение, что наличие зависимости от алкоголя характеризуется наименьшим уровнем стресса по сравнению с больными ПТСР и лицами, имеющими одновременно симптомы ПТСР и алкогольную зависимость [25]. В проспективном долгосрочном исследовании ветеранов войны в Персидском заливе проявления ПТСР не становились бесспорным предиктором чрезмерного употребления алкоголя, при том, что они часто предшествовали незаконному употреблению наркотиков [26].

По мнению ряда исследователей употребление ПАВ в экстремальных условиях возникает как вторичный симптом по отношению к невротическим и аффективным расстройствам. Оно рассматривается как совладающее поведение, а само ПАВ выполняет роль своеобразного стресс-протектора или средства, купирующего тревогу и помогающего «уйти от реальности», обуславливая тем самым мотивацию его приема [3; 27].



Употребление алкоголя и наркотиков, возможно, вносило вклад в сравнительно низкую частоту психических заболеваний в американской армии в первые три года войны во Вьетнаме (1964-1973 гг.) [1, 2]. Однако ценой такого «самолечения» комбатантов становится постепенное моральное разложение отдельных военнослужащих и целых подразделений. Низкая частота стрессовых реакций и невротических расстройств очень скоро «компенсируется» ростом числа случаев нарушений воинской дисциплины и даже преступлений [1]. Так, в том же Вьетнаме к концу 1970-х годов за счет распространения наркотизма показатель психических расстройств в американских войсках возрос с 3% до 60% от всех госпитализированных военнослужащих [1]. По сведениям бывшего начальника разведотдела штаба командования по оказанию военной помощи Южному Вьетнаму (U. S. Military Assistance Command, Vietnam) в 1970 г. наркотики эпизодически или регулярно использовали около 65000 солдат и офицеров, то есть, примерно каждый восьмой военнослужащий контингента американских войск [28].

Злоупотребление алкоголем и наркотиками во время боевых действий отечественные специалисты нередко относят к варианту психогенных расстройств и применяют для их обозначения термин «аддитивное поведение», которое может быть разновидностью патохарактерологических реакций [1-3]. Следуя этой гипотезе, пьянство и наркотизацию в зоне боевых действий можно считать особым вариантом расстройств адаптации с нарушением поведения [1, 2]. При этом как алкогольная проблема, так и симптомы ПТСР с большей вероятностью проявляются у ветеранов, подвергшихся воздействию боевых стресс-факторов в более молодом возрасте [12, 29].

В американской научной литературе сочетание боевого ПТСР с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и ПАВ, чаще объясняется в русле концепции «самолечения» [5, 20, 26]. В этой связи обращение к алкоголю и другим ПАВ после войны увязывается с наличием тревоги и других проявлений психического дистресса [30]. Подчеркивается, что злоупотребление спиртным и другими ПАВ присоединяется к уже имеющимся симптомам стрессовых расстройств, особенно часто — после появления повышенной возбудимости, а усиление аддикции происходит параллельно нарастанию симптомов основной болезни [20]. В качестве подтверждения этой гипотезы указывают на то, что большинство пациентов, злоупотребляющих алкоголем или имеющих зависимость, употребление спиртного и ПАВ называют способом уменьшения эмоционального дистресса и симптомов ПТСР [20; 26; 31; 32]. Лонгитюдные исследования ветеранов подтверждают гипотезу самолечения, которая может объяснить, почему симптомы ПТСР часто рецидивируют после лечения от злоупотребления ПАВ [33]. Другим объяснением коморбидности стрессовых и связанных с алкоголем психических расстройств может быть влияние злоупотребления спирт-

ными напитками на вероятность воздействия психической травмы или повышая восприимчивость индивида к психическим стрессорам [34]. Может быть и так, что корреляция между расстройствами, связанными с алкоголем, и стрессовыми расстройствами не имеет причинно-следственной основы, а обусловлена наличием общих факторов риска или совпадающих патогенетических механизмов [5]. За эту версию свидетельствуют результаты анализа психического здоровья близнецов, один из которых участвовал в войне во Вьетнаме. Авторы исследования дают обоснование того, что в развитии алкогольной зависимости существенную роль играют генетические факторы [24].

Изучение взаимоотношений аддитивной патологии и психических расстройств, связанных со стрессом, осложняется еще и тем, что употребление алкоголя является частью военной культуры, средством группового сплочения, отдыха и снятия стресса [6].

Сочетание ПТСР и алкогольной зависимости часто взаимноотягощает течение обоих этих расстройств [5]. Алкогольная аддикция, особенно возникшая после тяжелой психической травмы или на фоне выраженных проявлений ПТСР, повышает риск дезадаптивного и агрессивного поведения ветеранов [35; 36], в том числе жестокого насилия [37], создает помехи оказанию медицинской помощи и ухудшает результаты всякого реального лечения любых психических и соматических расстройств [2, 23, 33].

Противоречия во взглядах на риск возникновения, характер коморбидности и каузальную атрибуцию отражают сложную взаимосвязь между влиянием психического стресса и его последствиями и расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, и подчеркивают необходимость учитывать как механизмы риска, так и сдерживающие факторы. Так, высказывается мнение, что функциональная связь между ПТСР и злоупотреблением алкоголем варьируется в зависимости от формы травматического воздействия и типа расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ [5].

К сожалению, до настоящего времени имеется слишком мало научных данных и очень много разногласий во взглядах на то, каким образом стресс и злоупотребление алкоголем и ПАВ в боевых условиях связаны с последующим развитием психических расстройств. Проблема алкоголизма у ветеранов почти не находит отражения в научных трудах советских психиатров, выполненных на материале Великой Отечественной войны. О ней мало упоминают и в современной российской научной литературе по проблемам боевой психической травмы. Мы не располагаем научными данными о влиянии алкоголя на боеспособность и на переживание стресса ни у отечественных военнослужащих, ни у солдат других армий. Определение истинного положения дел среди российских ветеранов войн чрезвычайно затруднено из-за отсутствия реальной преемственности в их лечении и реабилитации, и, подчас, невозможности

проследить катамнез военнослужащего, которому была оказана психиатрическая или наркологическая помощь на одном из этапов медицинской эвакуации [1, 2, 3].

Противоречия во взглядах на частоту и на характер взаимного влияния аддитивных нарушений и постстрессовых расстройств у ветеранов войн, а также дефицит данных об их распространенности у отечественных ветеранов войн определили цель данного исследования — оценить частоту, клинко-психопатологические особенности злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости у ветеранов вооруженных конфликтов, и их связь с неблагоприятными факторами военного времени.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования.

В обзорное исследование «случай-контроль» включены 685 военнослужащих и военных пенсионеров, которые проходили лечение в психиатрических отделениях Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко (ГВКГ) с 1992 по 2010 гг. (рис. 1).

Критериями включения больных в исследование служили: мужской пол, прохождение военной службы по контракту на момент обследования или в прошлом, однократное или повторяющееся обследование и лечение в психиатрическом стационаре военного госпиталя.

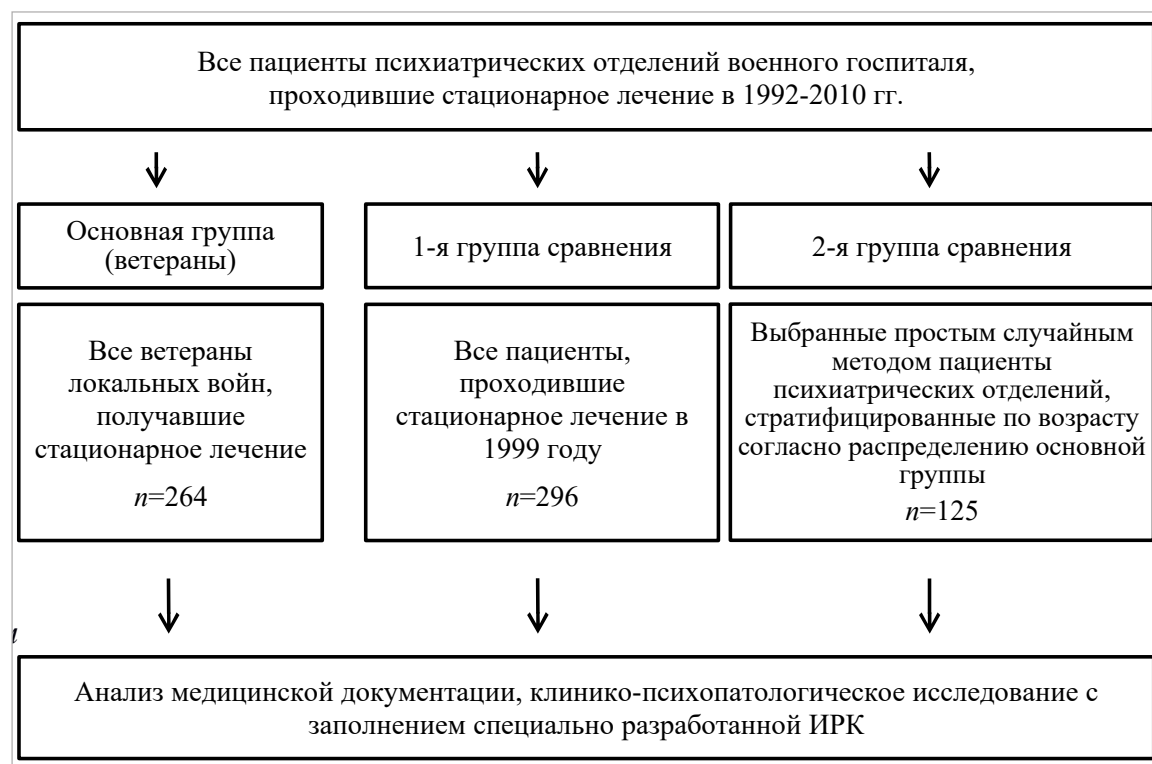


Рис. 1. Дизайн исследования

Таблица 1. Группы обследованных военнослужащих (кадровых и запаса), находившихся на стационарном лечении в психиатрических отделениях военного госпиталя

	Основная группа (ветераны) (A)	1-я группа сравнения (B)	2-я группа сравнения (C)	Итого (N=685)	Test Statistic (ANOVA)	Попарные сравнения по Тьюки		
	(N=264)	(N=296)	(N=125)			AB	AC	BC
Возраст на момент оценки	40.3 (sd 10.1)	47.6 (sd 16.2)	40.0 (sd 10.3)	43.4 (sd 13.6)	F(2, 682)=26.95, p < 0.001	t=-6.61 df=682 p < 0.001	t=0.190 df=682 p=0.980	t=5.438 df=682 p < 0.001
Средний возраст на момент 1-й госпитализации в психиатрический стационар	38.7 (sd 10.3)	44.8 (sd 15.4)	38.2 (sd 9.9)	41.2 (sd 13.0)	F(2, 682)=19.95, p < 0.001	t=-5.60 df=682 p < 0.001	t=0.362 df=682 p=0.930	t=4.809 df=682 p < 0.001

sd — стандартное отклонение; df — степени свободы; p — p-уровень значимости (p-value)



Включенные в исследование пациенты составили 3 группы (табл. 1).

В основную группу включены 264 ветерана-участника вооруженных конфликтов (далее — «ветераны»), в которых были задействованы советские и российские военнослужащие в 1979–2007 гг. Все обследованные ветераны на момент участия в боевых действиях проходили военную службу по контракту. Средний возраст пациентов данной группы составил $40,3 \pm 10,1$ года.

Для сравнения клинических особенностей злоупотребления алкоголем и зависимости от алкоголя у ветеранов и пациентов, которые никогда не принимали участия в боевых действиях, были составлены две группы сравнения. Первая группа сравнения (выборка пациентов, получавших лечение в психиатрических отделениях в течение одного календарного года) должна была отражать общую структуру психических расстройств у всех пациентов, поступающих на лечение. Другая группа сравнения представляет собой модель, полностью эквивалентную основной группе по возрасту, исключая влияние возрастного фактора на психопатологию, клинику психических расстройств и социальную адаптацию пациентов.

В 1-ю группу сравнения были включены все 296 военнослужащих (кадровые и запаса), не имевшие боевого опыта, которые находились на лечении в госпитале в 1999 г. Средний возраст пациентов этой группы составил 47,6 (sd 16,2) года, и на основании теста Тьюки значимо отличался от возраста ветеранов основной группы ($p < 0,001$) — табл. 1.

Во 2-ю группу сравнения вошли 125 военнослужащих, проходивших лечение в психиатрических отделениях госпиталя с 1992 по 2009 г., которые были включены в исследование методом случайного выбора (рандомизации) с последующей стратификацией по показателям возраста на момент первого обращения за психиатрической помощью и с последующей повторной рандомизацией. Средний возраст пациентов составил 40,0 (sd 10,3) года. Пациенты 2-й группы сравнения были сопоставимы (не имели значимых отличий) по среднему возрасту и кривой распределения возрастов с пациентами основной группы ($p = 0,980$).

Проведено клинко-психопатологическое исследование каждого пациента с подробным описанием выявленных симптомов и синдромов. Первичные данные были структурированы при помощи специально разработанной клинко-эпидемиологической карты, в которой выявленные симптомы среди прочего соотносились с критериями МКБ-10 для диагностики расстройств, связанных со стрессом, и расстройств, вызванных употреблением алкоголя. При анализе полученного материала проводили сопоставление установленных диагнозов, ведущих синдромов и симптомов психических расстройств в их взаимной связи, а также изучали динамику болезни и ассоциации психических расстройств с неблагоприятными факторами военного времени (наличием в анамнезе боевых ранений, травм, увечий, ре-

акций боевого стресса, пленения), с некоторыми показателями социальной адаптации (годностью к военной службе, занятостью после увольнения из армии и наличием инвалидности).

Клинко-демографические переменные анализировали с помощью методов описательной статистики с приведением средних и стандартных отклонений. Различия непрерывных переменных между разными группами оценивали с помощью одномерного дисперсионного анализа ANOVA с последующей оценкой достоверности межгрупповых контрастов с коррекцией на множественные сравнения по методу Тьюки. Различия между группами по частоте встречаемости признака оценивались путем составления таблиц сопряженности и оценки значимости различий с применением χ^2 -теста с последующим попарным сравнением частот между группами по Wald. Оценка достоверности статистических тестов проводилась при двусторонних значениях при $p < 0,05$. Для статистической обработки использовался программный пакет NCSS 2022 (NCSS 2022 Statistical Software (2022). NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA, ncss.com/software/ncss).

Этический аспект исследования. Неинтервенционное исследование пациентов, представлявшее собой рутинное, принятое в медицинской практике, клинко-психопатологическое исследование, осуществлялось в ГВКГ с 1992 по 2010 гг. согласно принципам, заложенным в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Медицинские данные пациентов, которые проходили обследование и лечение в ГВКГ с 1992 по 2010 гг., вносились в медицинские карты стационарного больного. Индивидуальная регистрационная карта и протокол неинтервенционного обсервационного исследования, разработанные в 2010 году, были одобрены независимым этическим комитетом ГВКГ (выписка из протокола № 5 от 16.02.2011 года).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагноз синдрома зависимости от алкоголя (алкогольной зависимости, хронического алкоголизма, алкогольного абстинентного состояния, алкогольного делирия, алкогольного психоза или алкогольного амнестического синдрома — F10.2-6) или злоупотребления алкоголем был установлен 56 обследованным ветеранам (21,2%). Во всех случаях, когда психические нарушения, связанные с употреблением алкоголя, выносились в основной диагноз, у пациентов имели место признаки зависимости, согласующиеся с диагностическими указаниями МКБ-10. В одном случае в диагноз было вынесено злоупотребление алкоголем, картина которого, тем не менее, соответствовала первой стадии зависимости, так как имели место признаки всех наркологических синдромов, кроме вегетативно-неврологических проявлений синдрома лишения алкоголя.

Наряду с этим у 80 ветеранов (30,3%) выявлены случаи зависимости и злоупотребления алкоголем, которые становились коморбидными или осложняли тече-

ние других основных диагностированных психических расстройств, причем, у 47 ветеранов (17,8%) были описаны признаки зависимости от алкоголя, хотя последняя и не ставилась в качестве основного диагноза или вообще не выносилась в диагноз. В основной группе у 33 участников (12,5%) в анамнезе отмечалось злоупотребление спиртными напитками, но не было выявлено убедительных клинических признаков зависимости. Во всех этих случаях аддитивные нарушения сопутствовали другим психическим расстройствам, доминирующим в клинической картине.

Сравнение встречаемости диагностированной алкогольной зависимости и других случаев зависимости и злоупотребления алкоголем представлено в табл. 2. В 1-й группе сравнения 105 человек имели диагноз алкогольной зависимости (35,5%), во 2-й группе сравнения — 37 человек (29,8%). Пациентов с выявленной, но не диагностированной зависимостью в 1-й группе сравнения оказалось 27 человек (9,1%), в 2-й группе

сравнения — 7 (5,6%), а злоупотребляющих алкоголем без четко описанной зависимости в группе сравнения 1 — 24 (8,1%), в группе сравнения 2 — 18 (14,4%). Общий состав пациентов, злоупотребляющих алкоголем, более наглядно представлен на рис. 2. На всех трех диаграммах рисунка показано следующее соотношение: 1) пациентов, не имевших признаков злоупотребления алкоголем; 2) пациентов с установленным основным диагнозом «алкогольная зависимость»; 3) пациентов с обозначенной в диагнозе алкогольной зависимости в качестве сопутствующей основному психическому расстройству, или с зависимостью, указанной в медицинской документации или при описании абстинентного синдрома; 4) с коморбидным другим диагностированным психическим расстройством злоупотреблением алкоголем, которое не имело набора признаков зависимости. На первой круговой диаграмме представлены данные группы ветеранов, на второй — 1-й группы сравнения, на третьей — 2-й группы сравнения.

Таблица 2. Структура зависимости и злоупотребления алкоголем в сравниваемых группах

Диагноз	Ветераны (A) n=264		1-я группа сравнения (B) n=296		2-я группа сравнения (C) n=125		χ^2 -тест (все df=2)	Попарные сравнения с коррекцией по Wald		
	f	%	f	%	f	%		A vs B	A vs C	B vs C
Общее число пациентов с признаками зависимости или злоупотреблением алкоголем	136	51,5%	156	52,7%	62	49,6%	$\chi^2=0,343$; $p=0,842$	$Q=0,396$; $p=0,934$	$Q=0,498$; $p=0,911$	$Q=0,822$; $p=0,819$
В том числе с диагнозом «Алкогольная зависимость»	56	21,2%	105	35,5%	37	29,6%	$\chi^2=13,846$; $p=0,001$	$Q=5,341$; $p<0,001$	$Q=2,513$; $p=0,177$	$Q=1,624$; $p=0,484$
В том числе с коморбидной алкогольной зависимостью	47	17,8%	27	9,1%	7	5,6%	$\chi^2=15,769$; $p<0,001$	$Q=4,216$; $p=0,008$	$Q=5,199$; $p<0,001$	$Q=1,599$; $p=0,495$
В том числе с коморбидным злоупотреблением алкоголем	33	12,5%	24	8,1%	18	14,4%	$\chi^2=4,628$; $p=0,099$	$Q=2,388$; $p=0,210$	$Q=0,817$; $p=0,821$	$Q=2,618$; $p=0,153$
Всего с признаками алкогольной зависимости	103	39,0%	132	44,6%	44	35,2%	$\chi^2=3,736$; $p=0,154$	$Q=1,884$; $p=0,377$	$Q=0,998$; $p=0,755$	$Q=2,536$; $p=0,172$
Всего с коморбидными зависимостью и злоупотреблением алкоголем	80	30,3%	51	17,2%	25	20,0%	$\chi^2=14,229$; $p<0,001$	$Q=5,140$; $p<0,001$	$Q=3,096$; $p=0,073$	$Q=1,017$; $p=0,747$

n — объем выборки, f — частота признака, % — относительная частота признака в выборке n, df — степени свободы, Q — значение критерия Тьюки, p — p-value (p-уровень значимости)

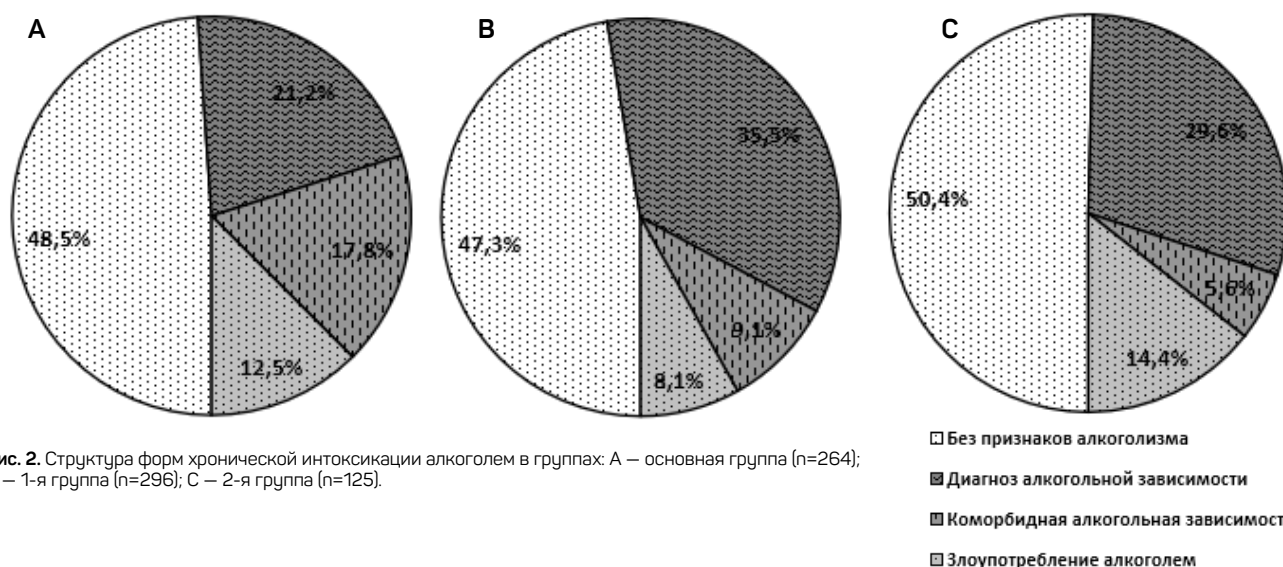


Таблица 3. Клинические варианты злоупотребления и зависимости от алкоголя у ветеранов с симптомами ПТСР, и ветеранов, не имеющих симптомов ПТСР

Диагноз	Ветераны с симптомами ПТСР n=139		Ветераны без симптомов ПТСР n=125		χ^2 тест (все df=1)
	f	%	f	%	
Общее число пациентов с признаками зависимости или злоупотреблением алкоголем	61	43,9%	73	58,4%	$\chi^2=5,013$; $p=0,025$
В том числе диагноз «Алкогольная зависимость»	16	11,5%	40	32,0%	$\chi^2=16,532$; $p < 0,001$
Коморбидная алкогольная зависимость	27	19,4%	19	15,2%	$\chi^2=0,816$; $p=0,366$
Коморбидное злоупотребление алкоголем	19	13,7%	14	11,2%	$\chi^2=0,367$; $p=0,545$
Всего с признаками алкогольной зависимости	43	30,9%	59	47,2%	$\chi^2=7,344$; $p=0,007$
Всего с коморбидными зависимостью и злоупотреблением алкоголем	46	33,1%	33	26,4%	$\chi^2=1,406$; $p=0,236$

n — объем выборки, f — частота признака, % — относительная частота признака в выборке n, χ^2 — значение критерия χ^2 Пирсона, df — степени свободы, p — p-value (p-уровень значимости)

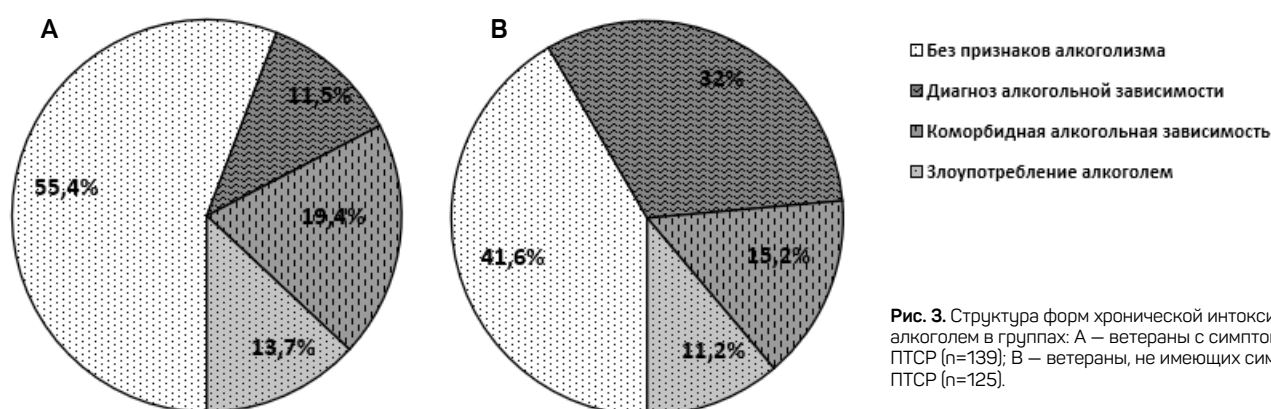


Рис. 3. Структура форм хронической интоксикации алкоголем в группах: А — ветераны с симптомами ПТСР (n=139); В — ветераны, не имеющих симптомов ПТСР (n=125).

Статистический анализ различий относительных величин частоты доказывает, а на рис. 2 наглядно продемонстрировано, что в выборках ветеранов и в группах сравнения почти нет значимых различий: 1) соотношения общего числа пациентов, имеющих диагностированную и не вынесенную в основной диагноз зависимость от алкоголя или злоупотребление алкоголем, и пациентов, у которых не прослеживалось частого употребления спиртного; 2) всех пациентов с признаками алкогольной зависимости (установленной в диагнозе и не диагностированной); 3) доли пациентов со злоупотреблением алкоголем без признаков зависимости (табл. 3). Таким образом, различий встречаемости признаков зависимости от алкоголя и злоупотребления алкоголем у военнослужащих, имевших в прошлом опыт участия в боевых действиях, и не имевших боевого прошлого, не установлено, и, таким образом, не получено данных, которые давали бы основание предполагать связь каких-либо форм злоупотребления алкоголем с участием в боевых действиях. При этом из представленных данных следует, что у ветеранов диагностика алкогольной зависимости происходила реже, тогда как случаи зависимости, коморбидные другим психическим расстройствам, встречались чаще, чем у других военнослужащих и военных пенсионеров. Статистически значимая ($Q=5,341$; $p<0,001$) разница вероятности диагностики алкогольной зависимости была установлена между

выборкой ветеранов и выборкой 1-й группы сравнения, которая включала всех пациентов, получивших лечение в психиатрических отделениях ГВКГ в 1999 г., и в среднем имела более старший возраст. При этом недиагностированная алкогольная зависимость, коморбидная с другим психическим расстройством, у ветеранов встречалась в два раза чаще, чем в 1-й группе сравнения ($Q=4,216$; $p=0,008$) и более чем в три раза чаще, чем во 2-й группе сравнения ($Q=5,199$; $p < 0,001$).

Взаимоотношения симптомов стрессовых расстройств и алкогольной зависимости (диагностированной и сопутствующей другим расстройствам) и злоупотребления алкоголем представлены в табл. 3 и на рис. 3А и 3Б. Как ожидалось, с учетом особенностей диагностики алкоголизма, указанными нами выше, среди всех ветеранов, у которых были отмечены какие-либо симптомы любого из диагностических кластеров ПТСР, диагноз алкогольной зависимости отмечался в три раза реже, чем у ветеранов, у которых симптомов ПТСР не было выявлено ($\chi^2=16,532$; $p<0,001$), тогда как коморбидные варианты зависимости и злоупотребления алкоголем у ветеранов с симптомами ПТСР и без них отмечались почти с равной частотой. Однако в целом среди ветеранов, имевших проявления ПТСР, алкогольная аддикция встречалась реже ($\chi^2=7,344$; $p=0,007$). Следовательно, отличия распространенности алкогольной проблемы в группах ветеранов с симптомами ПТСР и без них

определялись, в основном, разницей числа пациентов с выраженными признаками алкоголизма. Причем, выявление симптомов ПТСР у ветеранов снижало вероятность диагностики у них алкоголизма: так, у ветеранов с диагностированной алкогольной зависимостью симптомы ПТСР отмечались в два раза реже, чем у ветеранов с алкогольной зависимостью, которая не ставилась в диагнозе, но была коморбидной другим диагностированным психическим расстройствам ($Q=4,883$; $p=0,003$), а также у ветеранов со злоупотреблением алкоголем ($Q=4,516$; $p=0,008$) и ветеранов без склонности к чрезмерному употреблению алкоголя ($Q=5,991$; $p<0,0001$). Между остальными группами ветеранов со злоупотреблением алкоголем и без него статистической разницы встречаемости симптомов ПТСР не отмечалось. Аналогичным оказалось и соотношение отдельных симптомов ПТСР — интрузии и изменений личности (табл. 4). При сопоставлении симптомов ПТСР у всей выборки

ветеранов с аддитивными нарушениями и всех ветеранов без признаков злоупотребления алкоголем значимые различия выявлены лишь в представленности симптомов интрузии ($\chi^2=4,256$; $p=0,039$), тогда как в целом симптоматика ПТСР не имела различий (табл. 5).

Анализ сопряженности диагноза алкогольной зависимости и симптомов ПТСР (результаты представлены в табл. 6) показал, что отсутствие диагноза алкоголизма ассоциировано с выявлением симптомов ПТСР в целом ($\chi^2=19,075$, $df=1$, $p=0,000$), и, в частности, симптомов повторного переживания травмы ($\chi^2=13,235$, $df=1$, $p=0,000$) и изменений личности ($\chi^2=12,508$, $df=1$, $p=0,000$), тогда как сопряженность любых проявлений аддитивного поведения с симптомами ПТСР показал лишь ассоциацию между отсутствием признаков злоупотребления алкоголем и симптомами повторного переживания травмы ($\chi^2=4,256$, $df=1$, $p=0,039$).

Таблица 4. Симптомы ПТСР у ветеранов с различными формами употребления алкоголя

	(A) n=56 f(%)	(B) n=47 f(%)	(C) n=33 f(%)	(D) n=128 f(%)	χ^2 (p)	Попарные сравнения с коррекцией по Wald					
						A vs B Q (p)	A vs C Q (p)	A vs D Q (p)	B vs C Q (p)	B vs D Q (p)	C vs D Q (p)
Симптомы повторного переживания (интрузии)	2 (3,6%)	14 (29,8%)	6 (18,2%)	34 (26,6%)	14,869 (0,002)	4,998 (0,002)	2,849 (0,183)	6,333 (0,000)	1,590 (0,671)	0,682 (0,923)	1,255 (0,793)
Симптомы избегания	3 (5,4%)	8 (17,0%)	4 (12,1%)	15 (11,7%)	3,534 (0,316)	2,513 (0,284)	1,540 (0,692)	1,739 (0,608)	0,713 (0,918)	1,374 (0,754)	0,425 (0,958)
Симптомы повышенной возбудимости	10 (17,9%)	23 (48,9%)	16 (48,5%)	60 (46,9%)	16,170 (0,001)	4,822 (0,004)	4,232 (0,015)	5,852 (0,000)	0,052 (0,996)	0,347 (0,967)	0,245 (0,978)
Изменения личности	6 (10,7%)	21 (44,7%)	14 (42,4%)	38 (29,7%)	17,198 (0,001)	5,598 (0,000)	4,634 (0,006)	4,320 (0,012)	0,263 (0,976)	2,581 (0,262)	1,959 (0,509)
Любой симптом ПТСР	15 (26,8%)	28 (59,6%)	20 (60,6%)	75 (58,6%)	18,554 (0,001)	4,883 (0,003)	4,516 (0,008)	5,991 (0,000)	0,106 (0,991)	0,124 (0,990)	0,233 (0,979)
Симптомы ПТСР 1-го или 2-го кластеров (интрузии или избегания)	3 (5,4%)	15 (31,9%)	8 (24,2%)	38 (29,7%)	14,448 (0,002)	4,870 (0,003)	3,285 (0,093)	6,262 (0,000)	0,984 (0,866)	0,480 (0,952)	0,721 (0,917)

(A) Ветераны с диагнозом алкогольной зависимости; (B) Ветераны с коморбидной алкогольной зависимостью; (C) Ветераны с коморбидным злоупотреблением алкоголем; (D) Ветераны без зависимости и злоупотребления алкоголем; n — объем выборки, f — частота признака, % — относительная частота признака в выборке, Q — значение критерия Тьюки, p — p-value (p-уровень значимости)

Таблица 5. Симптомы ПТСР у ветеранов с признаками зависимости и злоупотребления алкоголем и не злоупотребляющих алкоголем

	Все ветераны с зависимостью и злоупотреблением алкоголем		Ветераны без злоупотребления алкоголем		
	n=136		n=128		
	f	%	f	%	χ2 тест p-value
Симптомы повторного переживания (интрузии)	22	16,2%	34	26,6%	χ2=4,256 p=0,039
Симптомы избегания	15	11,0%	15	11,7%	χ2=0,031 p=0,860
Симптомы повышенной возбудимости	49	36,0%	60	46,9%	χ2=3,200 p=0,074
Изменения личности	41	30,1%	38	29,7%	χ2=0,007 p=0,935
Любой симптом ПТСР	64	47,1%	75	58,6%	χ2=3,519 p=0,061
Симптомы ПТСР 1-го или 2-го кластеров (интрузии или избегания)	26	19,1%	38	29,7%	χ2=4,011 p=0,045

n — объем выборки, f — частота признака, % — относительная частота признака в выборке, χ^2 — значение критерия χ^2 Пирсона, p — p-value (p-уровень значимости)



Результаты изучения анамнеза у ветеранов с сопоставлением известных в прошлом патогенных факторов боевой обстановки и наличием или отсутствием в текущем статусе признаков злоупотребления алкоголем или зависимости, представлены в табл. 7. Наиболее значимые детерминанты развития отсроченных стрессовых расстройств, такие как непосредственное участие в боевых столкновениях с противником, вражеский плен, ранения, или контузии, полученные на войне, перенесенные в боевой зоне психопатологические реакции реже всего (со статистической значимостью различий) прослеживались у ветеранов с установленным диагнозом алкогольной зависимости. У остальных подгрупп ветеранов в анамнезе эти же неблагоприятные факторы выявлялись почти с одинаковой частотой. Реакции боевого стресса ветераны с диагностированной алкогольной зависимостью переносили в пять раз реже, чем ветераны, злоупотребляющие алкоголем,

и в восемь раз реже, чем ветераны, не склонные к частому употреблению спиртного ($Q=7,078$; $p<0,001$). Напротив, частое употребление спиртного в период участия в боевых действиях у ветеранов с поставленным диагнозом алкоголизма отмечалось в три раза чаще, чем у ветеранов, ведущих трезвый образ жизни. В табл. 8 показано отсутствие значимых различий частоты определенных в анамнезе патогенных факторов боевой обстановки в общей когорте ветеранов, имеющих признаки зависимости или злоупотребления алкоголем, и у ветеранов без злоупотребления алкоголем. В этих двух группах также отмечено характерное соотношение встречаемости в анамнезе реакций боевого стресса и злоупотребления алкоголем во время войны: у ветеранов, не склонных к употреблению спиртного во время войны, значимо чаще отмечались острые реакции на стресс ($\chi^2=15,679$; $p<0,001$) и реже — случаи злоупотребления алкоголем ($\chi^2=6,128$; $p=0,013$). Анализ сопряженности показал

Таблица 6. Связь различных форм злоупотребления алкоголем с симптомами ПТСР

	Диагноз алкогольной зависимости n=56		Отсутствие диагноза алкогольной зависимости n=208		χ^2 p (все df=1)	Все случаи зависимости или злоупотребления алкоголем n=136		Отсутствие признаков злоупотребления алкоголем n=128		χ^2 p (все df=1)
	f	%	f	%		f	%	f	%	
Симптомы повторного переживания (интрузии)	2	3,6	54	26,0	$\chi^2=13,235$ $p<0,001$	22	16,2	34	26,6	$\chi^2=4,256$ $p=0,039$
Симптомы избегания	3	5,4	27	13,0	$\chi^2=2,546$ $p=0,111$	15	11,0	15	11,7	$\chi^2=0,031$ $p=0,860$
Симптомы повышенной возбудимости	10	17,9	99	47,6	$\chi^2=16,097$ $p<0,001$	49	36,0	60	46,9	$\chi^2=3,2000$ $p=0,074$
Изменения личности	6	10,7	73	35,1	$\chi^2=12,508$ $p<0,001$	41	30,1	38	29,7	$\chi^2=0,007$ $p=0,935$
Любой симптом ПТСР	15	26,8	124	59,6	$\chi^2=19,075$ $p<0,001$	64	47,1	75	58,6	$\chi^2=3,519$ $p=0,061$
Симптомы ПТСР 1-го или 2-го кластеров (интрузии или избегания)	3	5,4	61	29,3	$\chi^2=13,803$ $p<0,001$	26	19,1	38	29,7	$\chi^2=4,011$ $p=0,045$

n — размер выборки, f — частота признака, % — относительная частота признака в выборке n, df — степени свободы, p-value — p-уровень значимости.

Таблица 7. Патогенные факторы военного времени, которые прослеживаются в анамнезе у ветеранов с различными формами употребления алкоголя

	(A) n=56 f(%)	(B) n=47 f(%)	(C) n=33 f(%)	(D) n=128 f(%)	χ2 (p)	Попарные сравнения с коррекцией по Wald					
						A vs B Q (p)	A vs C Q (p)	A vs D Q (p)	B vs C Q (p)	B vs D Q (p)	C vs D Q (p)
Личное участие в боях	19 (33,9%)	31 (66,0%)	21 (63,6%)	69 (53,9%)	12,886 (0,005)	4,723 (0,005)	3,904 (0,030)	3,594 (0,054)	0,326 (0,970)	2,005 (0,488)	1,376 (0,753)
Плен	0 (0,0%)	1 (2,1%)	0 (0,0%)	4 (3,1%)	2,776 (0,428)	1,009 (0,860)	0,486 (0,951)	1,250 (0,795)	0,434 (0,957)	0,101 (0,992)	0,426 (0,958)
Реакции боевого стресса	2 (3,6%)	6 (12,8%)	6 (18,2%)	38 (29,7%)	18,759 ($< 0,001$)	2,229 (0,392)	2,849 (0,183)	7,078 (0,000)	0,961 (0,871)	3,465 (0,068)	1,798 (0,581)
Ранения или увечья на войне	7 (12,5%)	9 (19,1%)	6 (18,2%)	26 (20,3%)	1,635 (0,651)	1,277 (0,786)	1,079 (0,843)	1,713 (0,619)	0,065 (0,995)	0,075 (0,994)	0,142 (0,988)
Черепно-мозговая травма на войне	14 (25,0%)	23 (48,9%)	18 (54,5%)	55 (43,0%)	9,763 (0,021)	3,566 (0,057)	3,942 (0,027)	3,379 (0,079)	0,680 (0,923)	0,999 (0,862)	1,673 (0,636)
Злоупотребление алкоголем на войне	9 (16,1%)	7 (14,9%)	4 (12,1%)	7 (5,5%)	6,484 (0,090)	0,179 (0,985)	0,541 (0,944)	2,910 (0,168)	0,364 (0,965)	2,530 (0,278)	1,831 (0,566)

(A) Ветераны с диагнозом алкогольной зависимости (B) Ветераны с коморбидной алкогольной зависимостью (C) Ветераны с коморбидным злоупотреблением алкоголем (D) Ветераны без зависимости и злоупотребления алкоголем n — объем выборки, f — частота признака, % — относительная частота признака в выборке n, Q — значение критерия Тьюки, p — p-value (p-уровень значимости)

Таблица 8. Патогенные факторы военного времени, которые прослеживаются в анамнезе у ветеранов с признаками зависимости и злоупотребления алкоголем и ветеранов, не злоупотребляющих алкоголем

	Все ветераны с зависимостью и злоупотреблением алкоголем		Ветераны без злоупотребления алкоголем		χ2 тест
	n=136		n=128		
	f	%	f	%	
Личное участие в боях	71	52,2	69	53,9	χ2=0,077 p=0,782
Плен	1	0,7	4	3,1	χ2=2,027 p=0,155
Ранения или увечья на войне	22	16,2	26	20,3	χ2=0,758 p=0,384
Черепно-мозговая травма на войне	55	40,4	55	43	χ2=0,173 p=0,677
Реакции боевого стресса	14	10,31	38	29,71	χ2=15,679 p < 0,001
Злоупотребление алкоголем на войне	20	14,72	7	5,52	χ2=6,128 p=0,013

n — объем выборки, f — частота признака, % — относительная частота признака в выборке n, χ^2 — значение критерия χ^2 Пирсона, p — p-value (p-уровень значимости)

Таблица 8. Связь различных форм злоупотребления алкоголем с учтенными патогенными факторами военного времени

Фактор	Диагноз алкогольной зависимости n=56		Отсутствие диагноза алкогольной зависимости n=208		χ^2 -тест (все df=1)	Все случаи зависимости или злоупотребления алкоголем n=136		Отсутствие признаков злоупотребления алкоголем n=128		χ^2 -тест (все df=1)
	f	%	f	%		f	%	f	%	
Участие в боях	19	33,9	121	58,2	$\chi^2=10,412$ $p < 0,001$	71	52,2	69	53,9	$\chi^2=0,077$ $p=0,782$
Плен	-	-	5	2,4	$\chi^2=1,372$ $p=0,241$	1	0,7	4	3,1	$\chi^2=2,027$ $p=0,155$
Ранения или увечья на войне	7	12,5	41	19,7	$\chi^2=1,542$ $p=0,214$	22	16,2	26	20,3	$\chi^2=0,758$ $p=0,384$
Черепно-мозговая травма на войне	14	25,0	96	46,2	$\chi^2=8,123$ $p=0,004$	55	40,4	55	43,0	$\chi^2=0,173$ $p=0,677$
Реакции боевого стресса	2	3,6	50	24,0	$\chi^2=11,685$ $p < 0,001$	14	10,3	38	29,7	$\chi^2=15,679$ $p < 0,000$
Злоупотребление алкоголем на войне	9	16,1	18	8,7	$\chi^2=2,644$ $p=0,104$	20	14,7	7	5,5	$\chi^2=6,128$ $p=0,013$

n — объем выборки, f — частота признака, % — относительная частота признака в выборке n, df — степени свободы, χ^2 — значение критерия χ^2 Пирсона, p — p-value (p-уровень значимости)

отсутствие значимой связи с учтенными патогенными факторами боевой обстановки при наличии значимой обратной связи между текущим наличием зависимости или злоупотребления алкоголем и перенесенными на войне острыми реакциями на стресс ($\chi^2=15,679$, df=1, $p=0,000$) и прямой ассоциации со злоупотреблением алкоголем в период участия в боевых действиях ($\chi^2=6,128$, df=1, $p=0,013$). Все эти данные свидетельствуют не в пользу устоявшегося положения о причинной связи боевой психической травмы и последующего развития алкогольной зависимости.

ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение анамнеза и клинических проявлений злоупотребления алкоголем у пациентов психиатри-

ческого стационара военного госпиталя показало, что в сравниваемых выборках военнослужащих по контракту и военных пенсионеров (ветеранов и групп сравнения, состоящих из военнослужащих, никогда не принимавших участия в боевых действиях) примерно половина обследованных злоупотребляла спиртными напитками (рис. 2). Неожиданно для нас почти одинаковыми, особенно у ветеранов и во 2-й группе сравнения с аналогичным возрастом, оказались доли пациентов с признаками зависимости (диагностированной и недиагностированной) и пациентов со злоупотреблением спиртными напитками. Все это опровергло наши ожидания и не подтвердило известного тезиса об особенной распространенности алкоголизма и злоупотребления алкоголем среди ветеранов войн. Вместе с тем в изучае-



мых выборках оказалась очевидной разница диагностированной и недиагностированной (коморбидной другим психическим нарушениями) алкогольной зависимости. Так, в выборке ветеранов частота установленного диагноза алкогольной зависимости оказалась ниже, чем у других военнослужащих и военных пенсионеров, хотя статистически значимая ($p < 0,001$) разница была установлена лишь между выборкой ветеранов и выборкой 1-й группы сравнения, которая в среднем имела более старший возраст. Напротив, недиагностированные формы алкоголизации, включающие злоупотребление и зависимость от алкоголя, коморбидную другим расстройствам, у ветеранов регистрировались значимо чаще, чем в обеих группах сравнения ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Такое преобладание обеспечивалось тем, что среди ветеранов оказалось больше пациентов с признаками зависимости, которая не отражалась в диагнозе, и рассматривалась как сопутствующая другим психическим расстройствам ($p < 0,01$; $p < 0,001$).

Итак, основная разница в изучаемых выборках сводилась к наблюдающейся у ветеранов войн особой пропорции между относительно малым числом диагностированных случаев алкогольной зависимости и увеличенной частотой алкогольной зависимости, которая сопутствовала другим психическим расстройствам, но не была вынесена в диагноз. С учетом сходства во всех сравниваемых группах общего относительного числа пациентов с признаками алкогольной зависимости, которая в разных случаях то выносилась в основной диагноз, то оценивалась как коморбидная другим расстройствам, надо полагать, у ветеранов имеет место недостаточная диагностика (гиподиагностика) алкогольной зависимости. Одной из ее причин становится выявление значительного числа психопатологических нарушений, которые не относятся к основным наркологическим синдромам, а с учетом травмирующего боевого опыта ветеранов в клинической практике однозначно трактуются как проявления какого-то иного основного психического расстройства, которое алкогольная зависимость или отягощает, или скрывает, т.е. алкогольная зависимость у ветеранов чаще, чем у других военнослужащих, квалифицировалась лишь как осложнение других диагностированных психических расстройств.

В основной группе признаки алкогольной зависимости сопутствовали диагностированным органическим психическим расстройствам у 23 человек (48,9%), невротическим расстройствам и расстройствам адаптации — у 13 (27,7%), различным органическим психическим расстройствам, не связанным с травмой головного мозга — у 5 (10,6%), диагностированному ПТСР — у 4 (8,5%), другим психическим расстройствам — у 2 (4,3%).

Всестороннее описание психических нарушений, которым сопутствовало злоупотребление алкоголем, требует отдельного анализа. Здесь мы лишь отметим, что у ветеранов с алкогольной зависимостью, коморбидной другим диагностированным психическим расстройствам, в многократно большем числе случаев, по срав-

нению с ветеранами, имеющими диагноз алкогольной зависимости, даже при отсутствии установленного диагноза наблюдались признаки ПТСР ($p < 0,001$), в том числе симптомы повторного переживания психической травмы ($p < 0,001$) и изменения личности ($p < 0,001$) (табл. 4). Анализ сопряженности установленного диагноза алкогольной зависимости и различных симптомов ПТСР (табл. 6) показал наличие обратной связи (ассоциации с отсутствием диагноза зависимости от алкоголя) с наличием признаков ПТСР ($\chi^2 = 19,075$, $df = 1$, $p = 0,000$), в том числе с симптомами интрузии ($\chi^2 = 13,235$, $df = 1$, $p = 0,000$) и изменениями личности ($\chi^2 = 12,508$, $df = 1$, $p = 0,000$).

На основании всего сказанного можно сделать вывод: заниженная диагностика алкогольной зависимости у ветеранов войн определяется не только и не столько недостаточной выраженностью собственно «наркоманических» синдромов, но, скорее, приоритетом факультативных психопатологических симптомов по отношению к облигатным признакам зависимости. То есть, когда у пациента выявляются симптомы стрессовых расстройств или других психических нарушений, предпочтение часто отдается установке диагноза, не связанного с алкоголем психического расстройства, симптомы которого представляются наиболее актуальными для экспертизы и лечения. В таком случае употребление с вредными последствиями и даже явные симптомы зависимости квалифицируются как сопутствующие или осложняющие течение болезни. Следует отметить, что у всех ветеранов, у которых не был поставлен диагноз алкоголизма, — с недиагностированными зависимостью или злоупотреблением алкоголем, и у ветеранов, не обнаруживавших чрезмерного употребления спиртного, не было выявлено значимых различий частоты каких-либо симптомов ПТСР. В результате при сопоставлении общей группы ветеранов, имеющих признаки зависимости или злоупотребления алкоголем (включая диагностированные и недиагностированные случаи), и ветеранов, у которых не отмечено признаков злоупотребления спиртным, в целом не найдено различий в представленности всех симптомов ПТСР, значимые различия установлены лишь в отношении частоты симптомов повторного переживания травмы ($p < 0,05$). Анализ сопряженности показал у ветеранов значимую ассоциацию всего лишь между отсутствием зависимости и злоупотребления алкоголем и симптомами интрузии ($\chi^2 = 4,256$, $df = 1$, $p = 0,039$). Проведенное обратное сравнение представленности злоупотребления и зависимости от алкоголя у ветеранов, имеющих и не обнаруживающих симптомов ПТСР, показало, что число пациентов с разными формами алкоголизма среди имеющих симптомы ПТСР оказалась на четверть меньше ($p < 0,05$), а число случаев диагностики зависимости — почти в три раза меньше ($p < 0,001$), чем среди тех, у кого имелись симптомы ПТСР (рис. 3, табл. 3).

Все эти находки, как нам представляется, по меньшей мере, не дают оснований для вывода, что появление симптомов ПТСР создает какой-то особый риск разви-

тия алкогольной зависимости, и совершенно точно не подтверждают распространенного тезиса об исключительной коморбидности стрессовых расстройств и алкоголизма. Однако с учетом проведенного ретроспективного анализа мы не исключаем, что на обнаруженное взаимоотношение симптомов ПТСР и алкогольной аддикции в какой-то мере может влиять заниженное выявление симптомов последствий боевого стресса у пациентов с картиной алкогольной зависимости.

С целью уточнения связи злоупотребления алкоголем и зависимости от него у ветеранов с боевой психической травмой проведен анализ представленности в анамнезе значимых боевых патогенных факторов. Большинство из них — непосредственное участие в стрелковых боях с противником, вражеский плен, полученные на войне ранения или контузии, перенесенные в боевой зоне психопатологические реакции — прослеживалось у ветеранов с установленным диагнозом алкогольной зависимости значительно реже, чем у других ветеранов (табл. 7). Напротив, злоупотребление алкоголем на войне у больных с установленным в последующем диагнозом алкогольной зависимости прослеживалось значимо чаще, чем у ветеранов, не склонных к чрезмерному употреблению спиртного ($p < 0,05$). Скорее всего, очевидная клиническая картина алкогольной зависимости при отсутствии выраженных признаков альтернативной психической патологии определяет направление клинического поиска врача-психиатра и избирательность сбора анамнестических сведений, когда в пользу очевидной диагностической версии в первую очередь выявляются согласующиеся с ней признаки, а факультативные обнаруживаются порой лишь случайно, а не в результате активного расспроса. Однако совершенно точно не в пользу патогенной роли боевых стрессоров в развитии алкоголизма свидетельствует то, что они с примерно равной частотой обнаруживаются у ветеранов с не вынесенной в диагноз зависимостью, у ветеранов со злоупотреблением алкоголем и у ветеранов, которые не употребляют алкоголя (табл. 7).

Проведенное сравнение общей выборки ветеранов с признаками алкогольной зависимости или злоупотребления алкоголем и выборки всех ветеранов без признаков злоупотребления алкоголем не показало значимых отличий в частоте воздействия на них в прошлом боевых стресс-факторов (табл. 8). Но при этом оказались значимыми различия частоты реакций боевого стресса, перенесенных во время участия в боевых действиях, и злоупотребления алкоголем во время войны: у ветеранов с зависимостью и злоупотреблением алкоголем реже прослеживались реакции боевого стресса ($p < 0,001$) и чаще — алкоголизация ($p < 0,05$). Анализ сопряженности показал отсутствие значимых ассоциаций между наличием любой формы злоупотребления алкоголем и учтенными в исследовании боевыми патогенными факторами (табл. 9). Вместе с тем наличие алкогольной зависимости или злоупотребления алкоголем показало значимую обратную связь с перенесенными на войне

реакциями боевого стресса ($\chi^2 = 15.679$, $df = 1$, $p = 0,000$) и прямую ассоциацию с алкоголизацией в военное время ($\chi^2 = 6.128$, $df = 1$, $p = 0,013$). Таким образом, гипотеза о существенной связи алкоголизма у ветеранов с неблагоприятными факторами военного времени, по нашим данным, не имеет достаточных оснований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, в самых общих словах, результаты исследования показали отсутствие разницы частоты алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем у ветеранов и других военнослужащих и военных пенсионеров, не принимавших участия в боевых действиях. Вместе с тем отмечена тенденция к гиподиагностике алкогольной зависимости у ветеранов вообще и имеющих симптомы ПТСР, в частности. То есть, диагноз алкогольной зависимости не ставится в большинстве случаев, когда у ветеранов наряду с признаками алкоголизма, обнаруживаются симптомы стрессовых или других психических расстройств. В выборке ветеранов не выявлено значимой связи между какими-либо формами аддиктивного поведения и наличием симптомов стрессовых расстройств, напротив, симптомы повторного переживания травмы чаще отмечались у ветеранов, которые не были склонны к частому употреблению спиртного. Боевые стрессоры, которые прослеживаются в анамнезе, по своей встречаемости не имели разницы у ветеранов с любыми формами злоупотребления алкоголем и ветеранов, которые не склонны к частому употреблению спиртных напитков. Незначительное отличие было отмечено лишь в том, что у злоупотребляющих алкоголем ветеранов среди патологических реакций в боевой обстановке чаще прослеживалось аддиктивное поведение, и поэтому злоупотребление алкоголем на войне требует дополнительной проверки на предмет его прогностического значения.

Злоупотребление алкоголем и формирование зависимости у ветеранов, похоже, происходит по общим для всех других пациентов механизмам, то есть, согласно Т.А. Меллману с соавт. (1992), стойкие болезненные состояния, связанные с ПТСР, со временем прогрессируют в направлении симптомов, все более аутохтонных по схеме своего возникновения [38]. Возможно, одинаковая частота алкогольной аддикции у сравниваемых категорий военнослужащих, а также ее слабая связь у ветеранов с симптомами ПТСР и наличием в анамнезе боевых патогенных факторов отчасти будут объяснены действием мощных социальных стрессоров. Последние в равной мере оказывали существенное неблагоприятное влияние на всю популяцию российских военнослужащих в 90-е годы прошлого века и первые годы текущего столетия, а их длительное действие, возможно, перевешивало эффекты психической травмы военного времени. Нам также представляется важным факт массового в тот период времени злоупотребления алкоголем, затронувшего все слои населения России, что также могло уравнивать риски развития алкогольной зависимо-



сти во всех группах военнослужащих. Схожесть результатов в разных группах отчасти объясняется и тем, что все обследованные проходили военную службу по контракту, тогда как, вполне возможно, у военнослужащих по призыву могут быть получены иные данные. Наконец, надо признать, что значительно более точная оценка участия различных неблагоприятных факторов в развитии стрессовых и аддиктивных расстройств достижима при проведении проспективных исследований, которые снижают вклад субъективных составляющих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей // М.: ОАО «Издательство «Медицина». — 2005. — 432 с.
2. Снедков Е.В., Резник А.М., Трущелев С.А. Реакции боевого стресса: Учебное пособие // М.: «Медкнига». — 2007. — 272 с.
3. Софронов А. Г. Возможна ли профилактика наркомании у ветеранов локальных войн? /Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: учеб. пособие для врачей и слушателей. Под общ. ред. проф. Ю.Л. Шевченко. — // СПб.: ВМедА. — 1995. — С. 69–72.
4. María-Ríos C. E., Morrow J. D. Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders // *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. — 2020. — Т. 14. — С. 6.
5. Straus E. et al. Functional and psychiatric correlates of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder // *Alcohol research: current reviews*. — 2018. — Т. 39. — № 2. — С. 121.
6. Dworkin E. R. et al. Co-occurring post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder in US military and veteran populations // *Alcohol Research: Current Reviews*. — 2018. — Т. 39. — № 2. — С. 161–169. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6561402/pdf/arcr-39-2-161.pdf>
7. Rothberg J. M. et al. Desert shield deployment and social problems on a US Army combat support post // *Military medicine*. — 1994. — Т. 159. — № 3. — С. 246–248. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8041475/>
8. Sutker P. B. et al. Psychological symptoms and psychiatric diagnoses in Operation Desert Storm troops serving graves registration duty // *Journal of Traumatic Stress*. — 1994. — Т. 7. — № 2. — С. 159–171. <https://doi.org/10.1007/BF02102942>
9. Milliken C. S., Auchterlonie J. L., Hoge C. W. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war // *Jama*. — 2007. — Т. 298. — № 18. — С. 2141–2148. <https://doi.org/10.1001/jama.298.18.2141>
10. Baker D. G. et al. Trauma exposure, branch of service, and physical injury in relation to mental health among US veterans returning from Iraq and Afghanistan // *Military medicine*. — 2009. — Т. 174. — № 8. — С. 733–778. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19743729/>
11. Keane T. M. et al. The interrelationship of substance abuse and posttraumatic stress disorder epidemiological and clinical considerations // *Recent Developments in Alcoholism: Volume 6*. — 1988. — С. 27–48. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-7718-8_2
12. Seal K. H. et al. Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001–2010: Implications for screening, diagnosis and treatment // *Drug and alcohol dependence*. — 2011. — Т. 116. — № 1–3. — С. 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.027>
13. Feinstein A., Owen J., Blair N. A hazardous profession: war, journalists, and psychopathology // *American journal of psychiatry*. — 2002. — Т. 159. — № 9. — С. 1570–1575. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1570>
14. Jakupcak M. et al. PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care // *Addictive behaviors*. — 2010. — Т. 35. — № 9. — С. 840–843. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.023>
15. Blanco C. et al. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: Results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions // *Drug and alcohol dependence*. — 2013. — Т. 132. — № 3. — С. 630–638. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.04.016>
16. Kulka R.A. et al. Trauma and the Vietnam war generation. Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study // New York: Brunner Mazel Publishers; 1st edition. — 1990. — 352 p.
17. Smith S. M., Goldstein R. B., Grant B. F. The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III) // *Journal of psychiatric research*. — 2016. — Т. 82. — С. 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.022>
18. Wisco B. E. et al. Posttraumatic stress disorder in the US veteran population: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study // *The Journal of clinical psychiatry*. — 2014. — Т. 75. — № 12. — С. 1338–1346. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09328>
19. Cottler L. B. et al. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population // *American journal of Psychiatry*. — 1992. — Т. 149. — № 5. — С. 664–670. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.5.664>
20. Bremner J. D. et al. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse // *The American journal of psychiatry*. — 1996. — Т. 153. — № 3. — С. 369–375. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.3.369>
21. Perkonig A. et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // *Acta psychiatrica scandinavica*. — 2000. — Т. 101. — № 1. — С. 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
22. Freeman T., Kimbrell T. Relationship of alcohol craving to symptoms of posttraumatic stress disorder in combat veterans // *The Journal of nervous and mental disease*. — 2004. — Т. 192. — № 5. — С. 389–390. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000126735.46296.a4>

23. Norman S. B. et al. Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? // *Drug and alcohol dependence*. — 2007. — Т. 90. — №. 1. — С. 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.03.002>
24. Scherrer J. F. et al. Posttraumatic stress disorder; combat exposure; and nicotine dependence, alcohol dependence, and major depression in male twins // *Comprehensive psychiatry*. — 2008. — Т. 49. — №. 3. — С. 297–304. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.11.001>
25. Tate S. R. et al. Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history // *Journal of substance abuse treatment*. — 2007. — Т. 33. — №. 1. — С. 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.11.006>
26. Shipherd J. C., Stafford J., Tanner L. R. Predicting alcohol and drug abuse in Persian Gulf War veterans: What role do PTSD symptoms play? // *Addictive behaviors*. — 2005. — Т. 30. — №. 3. — С. 595–599. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.07.004>
27. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса // М.: Наука. — 1983. — 386 с.
28. Дэвидсон Ф.Б. Война во Вьетнаме (1946-1975) // М.: Изд-во Эксмо. — 2004. — 816 с.
29. Jacobson I. G. et al. Alcohol use and alcohol-related problems before and after military combat deployment // *Jama*. — 2008. — Т. 300. — №. 6. — С. 663–675. <https://doi.org/10.1001/jama.300.6.663>
30. Miller M. W. et al. The internalizing and externalizing structure of psychiatric comorbidity in combat veterans // *Journal of traumatic stress*. — 2008. — Т. 21. — №. 1. — С. 58–65. <https://doi.org/10.1002/jts.20303>
31. Ullman S. E. et al. Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims // *Addictive behaviors*. — 2013. — Т. 38. — №. 6. — С. 2219–2223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.027>
32. McDevitt-Murphy M. E. et al. Drinking motives among heavy-drinking veterans with and without posttraumatic stress disorder // *Addiction research & theory*. — 2015. — Т. 23. — №. 2. — С. 148–155. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.949696>
33. Ouimette P. C., Moos R. H., Finney J. W. Two-year mental health service use and course of remission in patients with substance use and posttraumatic stress disorders // *Journal of Studies on Alcohol*. — 2000. — Т. 61. — №. 2. — С. 247–253. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.247>
34. Kaysen D. et al. Alcohol use, problems, and the course of posttraumatic stress disorder: A prospective study of female crime victims // *Journal of Dual Diagnosis*. — 2011. — Т. 7. — №. 4. — С. 262–279. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.620449>
35. Zoricic Z. et al. Comorbid alcohol addiction increases aggression level in soldiers with combat-related post-traumatic stress disorder // *Nordic Journal of Psychiatry*. — 2003. — Т. 57. — №. 3. — С. 199–202. <https://doi.org/10.1080/08039480310001337>
36. Stappenbeck C. A. et al. The effects of alcohol problems, PTSD, and combat exposure on nonphysical and physical aggression among Iraq and Afghanistan war veterans // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. — 2014. — Т. 6. — №. 1. — С. 65–72. <https://doi.org/10.1037/a0031468>
37. Elbogen E. B. et al. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan veterans // *The British Journal of Psychiatry*. — 2014. — Т. 204. — №. 5. — С. 368–375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134627>
38. Mellman T. A. et al. Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder // *The American journal of psychiatry*. — 1992. — Т. 149. — №. 11. — С. 1568–1574. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.11.1568>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Резник Александр Михайлович — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», г. Москва, Россия. Научный сотрудник ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия; ORCID 0000-0002-7076-5901, eLIBRARY SPIN-код: 4955-8297

ПОСТУПИЛА: 17.09.2023

ПРИНЯТА: 21.10.2023

ОПУБЛИКОВАНА: 15.12.2023