

С. П. Колядко, М. М. Денисенко, Г. Ю. Каленська, І. О. Явдак
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ
 З КОМОРБІДНИМИ АДІКТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

С. П. Колядко, М. М. Денисенко, Г. Ю. Каленская, И. А. Явдак
**Клинико-психопатологические особенности больных невротическими расстройствами
 с коморбидными аддиктивными нарушениями**

S. P. Kolyadko, M. M. Denysenko, G. Yu. Kalenska, I. O. Yavdak
**Clinical-psychopathological peculiarities of patients with neurotic disorders
 and comorbid addictive impairments**

Метою дослідження стало вивчення типології адикцій та закономірностей їх формування при невротичних розладах.

Для визначення наявності або відсутності адиктивних порушень (АП) в структурі невротичних розладів усі хворі були обстежені за допомогою AUDIT-подібних тестів. Відповідно до існуючої інтерпретації результатів AUDIT-подібних тестів, що базується на оцінці середнього бала за всіма показниками об'єктів «вживання», обстежені були умовно поділені на дві групи: перша (третій та четвертий рівень ризику, більш ніж 16 балів), яку склали 109 хворих на невротичні розлади; друга — без наявності АП (перший та другий рівень ризику, менш ніж 16 балів), в яку увійшли 39 хворих на невротичні розлади. За результатами AUDIT-подібних тестів було визначено, що серед обстежених хворих на невротичні розлади у 59,73 % спостерігався високий ризик формування адиктивних порушень, у 14,09 % — небезпечний, у 26,17 % — низький.

Узагальнюючи отримані результати, слід наголосити, що в структурі невротичних розладів часто спостерігається АП. Найчастіше серед форм АП при невротичних розладах реєструються соціально прийнятні адикції (потяги до роботи, їжі, Інтернету, чаю/кави). За результатами дослідження виявлені групи адикцій, які характеризуються наявністю певних кореляційних взаємозв'язків (системоутворюючими чинниками в цих умовах є такі об'єкти вживання, як «алкоголь», «шопінг» та «азартні ігри»).

Під час вивчення взаємовпливу невротичних розладів та АП встановлено, що в генезі розвитку адикцій ініціуючою ролі набуває сама психогенія, а її динаміка не впливає на АП. Встановлено, що тривожно-обсесивна симптоматика виступає як маркер розвитку АП, а тривожно-фобичний та астеничний синдроми гальмують їх формування. Визначені форми АП, які перебувають в «антагоністичних» стосунках з вираженістю невротичної симптоматики.

Ключові слова: адиктивна поведінка, коморбідні адиктивні порушення, невротичні розлади, психогенія

Целью исследования стало изучение типологии аддикций и закономерностей их формирования при невротических расстройствах.

Для определения наличия или отсутствия аддиктивных нарушений (АН) в структуре невротических расстройств все больные были обследованы с помощью AUDIT-подобных тестов. Согласно существующей интерпретации результатов AUDIT-подобных тестов, основанной на оценке среднего балла по всем показателям объектов «употребления», обследованные были условно разделены на две группы: первая (третий и четвертый уровень риска, более 16 баллов), которую составили 109 больных невротическими расстройствами; вторая — без наличия АН (первый и второй уровень риска, менее 16 баллов), в которую вошли 39 больных невротическими расстройствами. На основе результатов AUDIT-подобных тестов было установлено, что среди обследованных больных невротическими расстройствами у 59,73 % наблюдался высокий риск формирования аддиктивных нарушений, у 14,09 % — опасный, у 26,17 % — низкий.

Обобщая полученные результаты, следует подчеркнуть, что в структуре невротических расстройств часто наблюдается АН. Чаще всего среди форм АН при невротических расстройствах регистрируются социально принятые аддикции (влечение к работе, еде, Интернету, чаю/кофе). По результатам исследования выявлены группы аддикций, характеризующиеся наличием определенных корреляционных взаимосвязей (системообразующими факторами в этих условиях являются такие объекты «потребления» как «алкоголь», «шопинг» и «азартные игры»).

При изучении взаимовлияния невротических расстройств и АН установлено, что в генезисе развития аддикций иницирующую роль приобретает сама психогенія, а ее динамика не влияет на АН. Установлено, что тревожно-обсесивная симптоматика выступает в качестве маркера развития АН, а тревожно-фобический и астенический синдромы тормозят ее формирование. Определены формы АН, которые находятся в «антагонистических» отношениях с выраженностью невротической симптоматики.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, коморбидные аддиктивные нарушения, невротические расстройства, психогенія

The aim of the study was to investigate typology of addictions and regularities of their formation in neurotic disorders.

In order to determine a presence or an absence of an addictive impairments (AI) in the structure of neurotic disorders all the patients were examined with AUDIT-like tests. In accordance with the AUDIT-like test interpretation, which is based on an assessment of an average point for all parameters of objects of "usage", the examined patients were conditionally divided into 2 groups: the 1st (3rd and 4th risk levels, more than 16 points; 109 patients with neurotic disorders) and 2nd (1st and 2nd risk levels, less than 16 points; 39 patients with neurotic disorders) ones. On the base of the AUDIT-like tests it was defined that 59.73 % of the patients were at a high risk of formation of addictive impairments, 14.09 % were at a moderate risk, and 26.17 % were at a low risk.

Generalizing the results obtained, it should be emphasized that AI is often observed in the structure of neurotic disorders. Socially acceptable addictions (such as addiction to work, food, Internet, tea or coffee) were the most frequent. The study revealed groups of addictions, which were characterized with a presence of certain correlative interconnections (system-making factors under these conditions included such objects of "usage" as "alcohol", "shopping", and "gambling").

In investigations of inter-influence between neurotic disorders and AI it was found out that in addiction genesis an initiating role belonged to psychogenia itself and its dynamics did not influence on AI. It was defined that anxious-depressive symptoms was as a marker of AI formation, whereas anxious-phobic and asthenic syndromes suppressed its formation. It was determined AI forms, which were "antagonistic" in respect to expression of neurotic symptoms.

Key words: addictive behavior, comorbid addictive impairments, neurotic disorders, psychogenia

Епідеміологічна ситуація у сфері психічного здоров'я в Україні характеризується значним переважанням у структурі захворюваності та розповсюдженості непсихотичних психічних розладів, серед яких провідне місце посідають невротичні порушення [1—3].

Основу патогенезу невротичних розладів складає фрустраційний конфлікт, який формується внаслідок психогенних впливів та супроводжується мотиваційно-емоційним напруженням, яке відображує незадоволеність певних мотивацій [4, 5].

Як інструмент, що заміщує незадоволену потребу та знижує мотиваційно-емоційне напруження, пацієнти використовують «штучні» стимулятори позитивних емоцій у вигляді фармакологічних (прийом засобів, що впливають на психічну діяльність) та нефармакологічних (зосередження на певних предметах та активностях) агентів, що супроводжується розвитком суб'єктивно приємних емоційних станів [6—8].

З біологічних позицій контакт індивіда з наркотичним засобом є компенсаторною формою активності при дефіциті природного задоволення актуальних біологічних, соціальних або ідеальних потреб.

Незважаючи на те, що концепція позитивного емоційного підкріплення є патофізіологічним обґрунтуванням коморбідності невротичних розладів та адиктивних порушень (АП), літературні джерела попередньої декади відображали концепцію ізольованого розвитку цих форм патології [9, 10]. Разом з цим, практичний досвід та дослідження останнього періоду свідчать про поширеність коморбідних невротичним розладам адикцій.

Тому метою дослідження стало вивчення типології адикцій та закономірностей їх формування при невротичних розладах.

Об'єктом дослідження були хворі на невротичні розлади з різними варіантами АП.

Комплекс методів дослідження включав клініко-психопатологічний (аналіз скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, оцінення психічного стану хворих, наявність супутньої патології), AUDIT-подібні тести для визначення розладів, що пов'язані зі споживанням хімічних та нехімічних речовин [6], напівструктуроване інтерв'ю для виявлення та оцінення чинників психічної травматизації та особливостей зняття психоемоційного напруження хворими на невротичні розлади; психодіагностичний метод (клінічний опитувальник для визначення та оцінення невротичних станів Яхіна К. К., Менделевича Д. М.) [7]; статистичні методи (кореляційний аналіз, точний метод Фішера) [8].

Для реалізації мети дослідження було обстежено 148 хворих на невротичні розлади, серед яких — 46 хворих на неврастенію (F 48.0), 53 хворих на змішаний дисоціативний розлад (F 44.7), 49 хворих на тривожно-фобічний розлад (F 40.8), відповідно до критеріїв МКХ-10. Контрольну групу склали 52 особи із загальної популяції.

Для визначення наявності або відсутності АП в структурі невротичних розладів усі хворі були обстежені за допомогою AUDIT-подібних тестів. Відповідно до існуючої інтерпретації результатів AUDIT-подібних тестів, що базується на оцінюванні середнього бала за всіма показниками об'єктів «вживання» (варіантів адиктивних порушень), обстежені були умовно поділені на дві групи: перша (третій та четвертий рівень ризику, більш ніж 16 балів), яку склали 109 хворих на невротичні розлади; друга — без наявності АП (перший та другий рівень ризику, менш ніж 16 балів), в яку увійшли 39 хворих на невротичні розлади. За результатами AUDIT-подібних

тестів було визначено, що серед обстежених хворих на невротичні розлади у 59,73 % спостерігався високий ризик формування адиктивних порушень, у 14,09 % — небезпечний, у 26,17 % — низький (рис. 1).

Наведені дані свідчать про те, що в усіх хворих на невротичні розлади спостерігався ризик формування адикцій, який у переважної кількості осіб був високим та небезпечним.

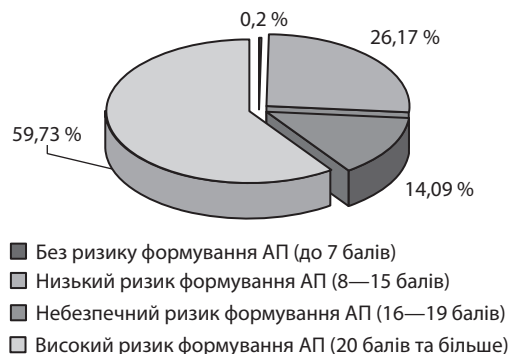


Рис. 1. Частота ризику формування адиктивних порушень у хворих на невротичні розлади

Згідно з аналізом результатів AUDIT-подібних тестів, було визначено адиктивний статус хворих на невротичні розлади (табл. 1). Як свідчать дані таблиці, у пацієнтів з високим рівнем адиктивного ризику (перша група) вірогідно переважали потяги до роботи, їжі, Інтернету, чаю/кави, телебачення, тютюну, шопінгу, снодійно-седативних засобів, сексу, читання, алкоголю та комп'ютерних ігор. Найбільшою вираженістю в цій групі характеризувалися пристрасті до роботи, їжі, Інтернету, чаю/кави та телебачення.

Друга група обстежених характеризувалася вірогідно нижчими показниками адиктивного ризику, серед яких переважали потяги до роботи, чаю/кави та телебачення.

Згідно з результатами статистичного оброблення в структурі AUDIT-подібних тестів у хворих першої групи визначені такі кореляційні зв'язки між об'єктами «вживання», які впливають на особливості перебігу невротичних розладів, що коморбідні з адиктивними порушеннями:

— між об'єктами «вживання» «Алкоголь» та «Азартні ігри» (0,34), «Тютюн» (0,46);

— між об'єктами «вживання» «Шопінг» та «їжа» (0,38), «Телебачення» (0,35), «Читання» (0,30), «Психостимулятори» (0,36);

— між об'єктами «вживання» «Азартні ігри» та «Комп'ютер» (0,53), «Психостимулятори» (0,32).

Результати аналізу засобів зняття психоемоційного напруження у хворих на невротичні розлади, отримані за допомогою напівструктурованого інтерв'ю, відображено на рисунку 2. Хворі першої групи значно частіше застосовували такі засоби зняття емоційного напруження як перегляд телепередач (37,61 % в першій групі та 19,9 % у другій, $p \leq 0,05$), слухання музики (14,68 % та 5,88 % відповідно, $p \leq 0,05$), шопінг (26,61 % та 12,25 % відповідно, $p \leq 0,05$), заняття спортом (15,6 % та 7,69 % відповідно, $p \leq 0,05$), екстремальне водіння (4,59 % та 2,5 % відповідно, $p \leq 0,05$), відмова від їжі (2,75 % та 0,0 % відповідно, $p \leq 0,05$), прийом алкоголю (14,9 % та 7,69 % відповідно, $p \leq 0,05$). Згідно з отриманими даними, у хворих другої групи переважали такі варіанти зняття емоційного напруження: надмірне вживання їжі (7,52 % хворих першої

Таблиця 1. Адиктивний статус хворих на невротичні розлади ($M \pm \sigma$)

Об'єкт «живання»	Перша група (n = 109)	Друга група (n = 39)	t-значення (за Стьюдентом)	Рівень вірогідності (p)
Робота (навчання) (WORK(EDU)-UDIT)	15,01 ± 9,81*	4,15 ± 4,46*	6,747	0,0001
Їжа (FOOD-UDIT)	14,03 ± 7,96*	6,42 ± 4,20*	5,757	0,0001
Інтернет (INTERNET-UDIT)	13,52 ± 10,46*	5,00 ± 4,11*	5,008	0,0001
Чай та кава (COFFEE(TEA)-UDIT)	11,68 ± 6,01*	6,42 ± 3,80*	5,166	0,0001
Телебачення (TV-UDIT)	9,98 ± 6,28*	5,85 ± 4,70*	3,788	0,0001
Тютюн (TOBACCO-UDIT)	8,09 ± 10,80*	1,37 ± 3,76*	3,843	0,0001
Шопінг (SHOPPING-UDIT)	7,26 ± 5,14*	5,10 ± 3,69*	2,442	0,016
Снодійно-седативні (SEDATIVE-UDIT)	6,96 ± 9,06*	1,82 ± 4,01*	3,460	0,001
Секс (SEX-UDIT)	6,73 ± 5,87*	3,47 ± 3,69*	3,281	0,001
Психостимулятори (STIMULANT-UDIT)	0,58 ± 2,42	0	1,519	0,131
Читання (READING-UDIT)	5,40 ± 5,60*	3,30 ± 3,35*	2,230	0,027
Алкоголь (AUDIT)	4,40 ± 5,30*	1,52 ± 2,57*	3,300	0,001
Азартні ігри (GAMBLING-UDIT)	0,30 ± 1,57	0	1,209	0,228
Комп'ютерні ігри (COMP-UDIT)	2,90 ± 5,32*	0,82 ± 1,99*	2,412	0,017
Леткі органічні розчинники (SOLVENTS-UDIT)	0,13 ± 1,01	0	0,853	0,395
Канабіноїди (CANNABIS-UDIT)	0,06 ± 0,37	0	1,099	0,274
Галюциногени (PSYCHODELICS-UDIT)	0	0	—	—
Опіоїди (OPIATE-UDIT)	0	0	—	—

Примітки: * — відмінності достовірні при $p \leq 0,05$; M — середні значення в групі (у балах); σ — стандартне квадратичне відхилення



1 — телебачення; 2 — музика; 3 — книги; 4 — шопінг; 5 — фізичні вправи; 6 — надмірний прийом їжі; 7 — азартні ігри; 8 — комп'ютер; 9 — Інтернет; 10 — соціальні мережі; 11 — бажання до спілкування; 12 — секс; 13 — релігія; 14 — екстремальне водіння; 15 — любов; 16 — духовний пошук; 17 — трудоголізм; 18 — відмова від їжі; 19 — групи за інтересом; 20 — паління; 21 — прийом алкоголю; 22 — прийом психоактивних речовин

Рис. 2. Звичні засоби зняття емоційного напруження хворими на невротичні розлади

та 14,31 % хворих другої груп, $p \leq 0,05$), захопленість комп'ютером (8,93 % та 15,38 % відповідно, $p \leq 0,05$), групами за інтересом (5,5 % та 10,26 % відповідно, $p \leq 0,05$), захоплення релігією (1,5 % та 3,2 % відповідно, $p \leq 0,05$), пошук інших духовних цінностей (10,09 % та 21,6 % відповідно, $p \leq 0,05$). Наведені дані дають підстави стверджувати, що хворі другої групи віддають перевагу соціальним та духовним варіантам емоційного розрядження, які включають можливість інтеракції з оточуючими, у той час коли хворі першої групи віддають перевагу аутопсихостимулюючим засобам зняття напруження.

Згідно з соціодемографічними даними, серед хворих першої групи переважали особи жіночої статі — 90,83 %, чоловіків — 9,17 %, другу групу склали 84,62 % жінок та 15,38 % чоловіків. Середній вік обстежених як в першій, так й в другій групах суттєво не відрізнявся. Однак, кількість хворих на невротичні розлади з АП у віковому інтервалі до 30 років була значно більшою у порівнянні з групою без АП (33,94 % в першій та 17,95 % в другій групі, $p \leq 0,05$). У цілому, за рівнем освіти, сімейним станом, професійним статусом хворі обох груп суттєво не відрізнялися.

На ґрунті аналізу даних напівструктурованого інтерв'ю для виявлення та оцінення характеристик чинників психічної травматизації та особливостей зняття психоемоційного напруження хворими на невротичні розлади виявлено основні психотравмуючі чинники, що обумовили формування невротичного розладу (рис. 3).

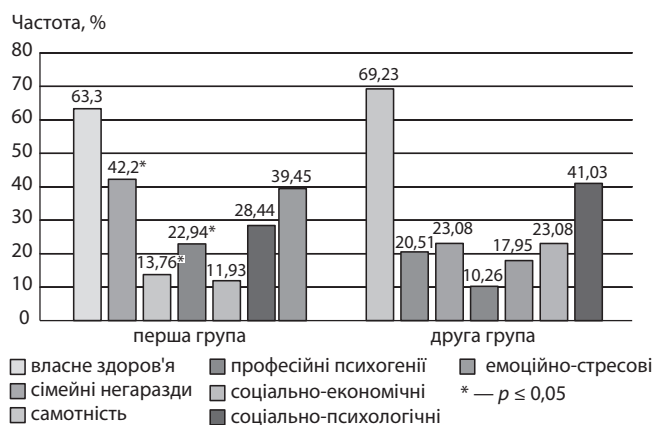


Рис. 3. Основні психотравмуючі чинники, що впливали на розвиток невротичного розладу

Як свідчать отримані дані, у хворих на невротичні розлади обох груп спостерігалася достовірно значуща різниця між певними чинниками психічної травматизації. Так, найбільш вираженими серед психотравмуючих чинників в першій групі хворих були сімейні негаразди (42,2 % хворих першої та 20,51 % другої груп, $p \leq 0,05$), самотність (13,76 % та 23,08 % відповідно, $p \leq 0,05$) та професійні психогенії (22,94 % та 10,26 % відповідно, $p \leq 0,05$). Наведені дані (див. рис. 3) демонструють тенденцію до зниження особистісної та соціальної реалізації хворих першої групи. Необхідно також наголосити достатньо високу частоту таких психотравмуючих чинників (в обох групах) як стан власного здоров'я (63,3 % хворих першої та 69,23 % другої), емоційно-стресові (39,45 % та 41,03 % відповідно), соціально-психологічні (28,44 % та 23,08 % відповідно) чинники. Слід зазначити, що в усіх обстежених на невротичні розлади психогенії були поєднаними, посилюючи соціальну дезадаптацію хворих.

На момент обстеження хворих приділялася увага стану психотравмуючої ситуації (табл. 2).

Таблиця 2. Стан психотравмуючої ситуації в обстежених

Стан психотравмуючої ситуації	Хворі на невротичні розлади			
	перша група		друга група	
	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %
розв'язана	11	10,09 ± 2,89	7	17,95 ± 6,15
частково розв'язана	58	53,21 ± 4,78	24	61,54 ± 7,79
без змін	30	27,52 ± 4,28	10	25,64 ± 6,99

Примітка: * — відмінності достовірні при $p \leq 0,05$

Як свідчать наведені дані, на момент обстеження психотравмуюча ситуація була розв'язаною у 10,09 % хворих першої і 17,95 % другої групи, частково розв'язаною — у 53,21 % та 61,54 % хворих відповідно, такою, що не знала змін, — у 27,52 % та 25,64 % відповідно (див. табл. 2). Отримані дані дозволяють припустити, що в генезі розвитку адикцій при невротичних розладах ініціюючої ролі набуває сама психогенія, а її динаміка суттєво не впливає на формування адиктивної поведінки.

Під час аналізу виникнення психотравмуючих чинників у віковому аспекті було виявлено, що хворі першої групи були схильні до впливу психогенії переважно у молодому віці (18—25 років) (50,46 % хворих порівняно з 35,9 % хворих другої групи, $p \leq 0,05$), у другій групі — переважно у середньому віці (26—40 років) (61,54 % порівняно з 35,78 % — в першій групі, $p \leq 0,05$), що дає змогу стверджувати, що чим раніше у віковому аспекті виникає психогенія, тим вірогідніше збільшується ризик формування адиктивних порушень (рис. 4).

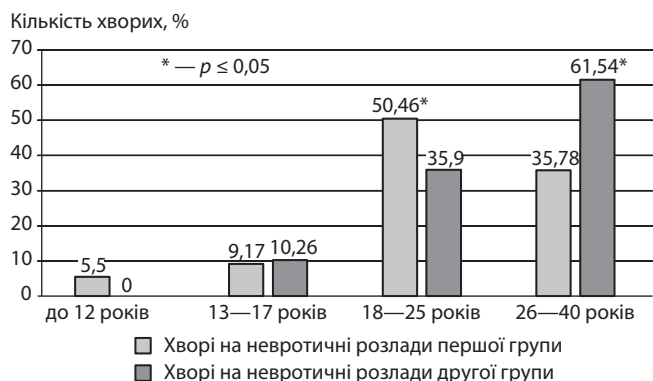


Рис. 4. Вікові періоди виникнення психотравмуючого чинника

На ґрунті даних напівструктурованого інтерв'ю також проводили оцінювання тривалості впливу психотравмуючих чинників та інтервалу між впливом психотравмуючого чинника і виникненням мотивації у хворого до зняття емоційного напруження з використанням засобів, що формують АП (шопінг, комп'ютерні ігри, фізичні вправи, психоактивні речовини і т. п.) (рис. 5).

У хворих першої групи раніше формувався потяг до зняття психоемоційного напруження з використанням різних варіантів АП. Так, інтервал між впливом дії психотравмуючого чинника і виникненням бажання зняти емоційне напруження у хворих першої групи був коротший та становив «менш ніж 1 рік» (у 50,46 % хворих), а в другій групі — «понад 1 рік» (43,59 % хворих, $p \leq 0,05$).

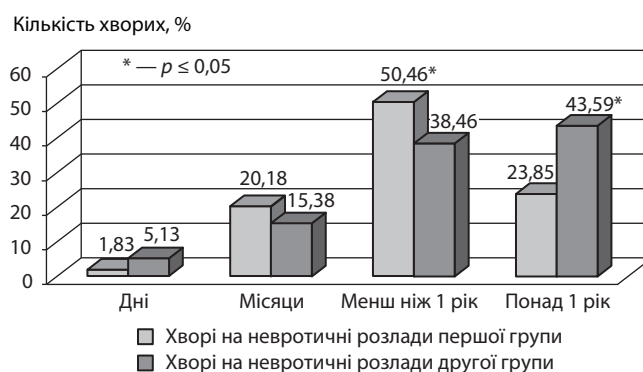


Рис. 5. Інтервал між впливом психотравмуючого чинника і початком формування адиктивних форм поведінки у хворих з невротичними розладами

Під час аналізу схильності до АП в оточенні хворих на невротичні розлади виявлено, що в обох групах хворих серед оточуючих існує більш-менш виражена схильність до адиктивних порушень. Так, в першій групі серед оточуючих схильність до адикції переважала у батьків (37,61 % хворих першої та 10,26 % хворих другої груп, $p \leq 0,05$), в одного з подружжя (56,89 % та 30,76 %), у дітей (41,03 % та 20,18 %, $p \leq 0,05$) та друзів (43,11 % та 23,07 % відповідно). В другій групі хворих з АП більш виражена схильність до адиктивних порушень в оточенні спостерігалася у співпрацівників (20,51 % та 11,00 % відповідно, $p \leq 0,05$) (рис. 6).

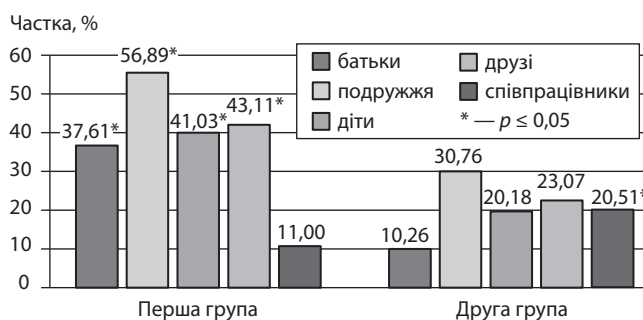


Рис. 6. Адиктивні форми поведінки серед оточення хворих на невротичні розлади

Отримані дані свідчать про те, що у хворих першої групи характер соціального середовища був сприятливим для формування адиктивного ризику.

На ґрунті аналізу клініко-психопатологічних даних та зіставлення їх з результатами клінічного опитувальника

для виявлення невротичної симптоматики (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич, 2007) були виокремлені провідні симптомокомплекси у хворих на невротичні розлади обох груп: депресивний, тривожно-фобічний, тривожно-обсесивний та астенічний. В першій групі хворих переважали депресивний (46,79%), тривожно-обсесивний (35,78%) та тривожно-фобічний (11,93%) симптомокомплекси. У другій групі — депресивний (43,59%), тривожно-фобічний (30,77%) та астенічний (17,94%). Необхідно наголосити, що у хворих першої групи достовірно переважав тривожно-обсесивний психопатологічний симптомокомплекс, у той час коли у хворих другої групи частіше виявлялися тривожно-фобічний та астенічний ($p \leq 0,05$). Наведені дані свідчать про те, що тривожно-обсесивна симптоматика виступає як маркер розвитку АП в структурі невротичних розладів, а тривожно-фобічний та астенічний синдроми асоціюються з відсутністю АП.

Під час проведення кореляційного аналізу показників за шкалами невротизації (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич) та об'єктами «вживання» AUDIT-подібного тесту у хворих на невротичні розлади були отримані такі кореляції. Рівень невротизації за шкалою «Тривога» та «Обсесивно-фобічні порушення» мали зворотний кореляційний зв'язок з об'єктами «вживання» «Шопінг» (-0,32; -0,51, відповідно) та «Снодійно-седативні засоби» (-0,37; -0,42, відповідно); дані шкали «невротична депресія» корелювали з об'єктами «вживання» «Комп'ютерні ігри» (-0,47) та «Секс» (-0,32). Наведені результати кореляційного аналізу свідчать, що деякі варіанти АП перебувають в «антагоністичних» стосунках з вираженістю невротичної симптоматики.

Узагальнюючи отримані результати, слід наголосити, що в структурі невротичних розладів часто спостерігаються адиктивні порушення. Найчастіше серед форм АП при невротичних розладах реєструються соціально прийнятні адикції (потяги до роботи, їжі, Інтернету, чаю/кави). За результатами дослідження виявлені групи пристрастей, які характеризуються наявністю певних кореляційних взаємозв'язків (системоутворюючими чинниками у цих умовах є такі об'єкти вживання, як «алкоголь», «шопінг» та «азартні ігри»).

Під час вивчення взаємовпливу невротичних розладів та АП встановлено, що в генезі розвитку адикцій ініціуючою ролі набуває сама психогенія, а її динаміка не впливає на адиктивні порушення. Встановлено, що тривожно-обсесивна симптоматика виступає як маркер розвитку АП, а тривожно-фобічний та астенічний синдроми гальмують їх формування. Визначені форми АП, які перебувають в «антагоністичних» стосунках з вираженістю невротичної симптоматики.

Список літератури

1. Линский, И. В. Три десятилетия зависимости от психоактивных веществ в Украине с точки зрения популяционной экологии / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский [и др.] // Психическое здоровье. — 2006. — № 4. — С. 21—25.
2. Альтшулер В. Б. Алкоголизм : монография / В. Б. Альтшулер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 54—63.
3. Епідемія алкоголізму та нарко- та токсикоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України : Аналітично-статистичний довідник 1990—2008 рр. / П. В. Волошин, М. В. Голубчиков, І. В. Лінський [та ін.]. — Х.: «Плеяда», 2009. — 168 с.

4. Овчаренко М. О. Опіоїдна залежність: клініко-патогенетичні, епідеміологічні, патопсихологічні аспекти, методи лікування і профілактики : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.17 «Наркологія» / М. О. Овчаренко ; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». — Х., 2013. — 46 с.

5. Современные подходы к исследованию психофизиологического состояния больных с аддиктивным поведением / Н. Е. Макачук, Т. М. Воробьева, Л. Н. Пайкова [и др.] // Психическое здоровье. — 2009. — № 1. — С. 48—50.

6. Чернобровкина Т. В. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии : монография / Т. В. Чернобровкина, Б. М. Кершенгольц А. Ф. Артемчук. — Харьков: «Плеяда», 2007. — 240 с.

7. Endogenous opioid release in the human brain reward system induced by acute amphetamine administration [Colasanti A., Searle G. E., Long C. J. et al.] // Biological Psychiatry. — 2012. — 72, 371—7.

8. Goldstein R. Z. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications / R. Z. Goldstein and N. D. Volkow // Nature Reviews Neuroscience. — 2011. — 12, 652—69.

9. Воробьева Т. М. Нейробиология вторично приобретенных мотиваций / Т. М. Воробьева // Междунар. мед. журнал. — 2002. — Т. 8. — № 1—2. — С. 211—217.

10. Алкогольна залежність: клініка, терапія та реабілітація : монографія / Л. В. Животовська, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков, Г. Т. Сонник. — Полтава: «АСМІ», 2013. — 258 с.

11. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2009. — № 2 (16). — С. 56—70.

12. Учебно-методические рекомендации по психодиагностике личности (Ч. 1) для слушателей специфического факультета практических психологов в системе народного образования ХГУ // Сост. Е. Ф. Иванова, И. М. Мельник. — Харьков, 1993. — С. 38—46.

13. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е. В. Сидоренко. — СПб.: Речь, 2007. — 350 с.

Надійшла до редакції 07.12.2016 р.

КОЛЯДКО Світлана Петрівна, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

КАЛЕНСЬКА Галина Юрївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mdenisenko@ukr.net

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: iyavdak@ukr.net

KOLYADKO Svitlana, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

KALENSKA Galyna, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru

DENYSENKO Mykhailo, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mdenisenko@ukr.net

YAVDAK Iryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: iyavdak@ukr.net