

*О. І. Мінко, Л. М. Маркозова, Н. М. Лісна, С. В. Гольцова*  
**ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ  
 ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ**

*А. И. Минко, Л. М. Маркозова, Н. Н. Лесная, С. В. Гольцова*  
**Динамика когнитивных нарушений у лиц с алкогольной зависимостью под влиянием лечения**

*O. Minko, L. Markozova, N. Lisna, S. Holtsova*  
**The dynamics of cognitive disorders in patients with alcohol dependence influenced by treatment**

В результаті вивчення когнітивних функцій в осіб із залежністю від алкоголю з різними схемами лікування та практично здорових осіб (контрольна група — КГ) встановлено, що до лікування когнітивні розлади у хворих обох груп проявлялися у порушенні регуляторних функцій, визначено втричі низький рівень стійкості уваги порівняно з КГ; психопатологічні прояви більше виражені в групі осіб, що отримували додатково метаболічну та нейропротекторну терапію (II група). Після лікування позитивна динаміка когнітивної продуктивності визначалася підвищенням рівня смислового запам'ятовування та узагальнення сприйнятої інформації більше у осіб, що отримували детоксикаційну терапію; серед осіб II групи спостерігалася підвищення швидкості виконання тестів усіх шкал. Терапевтичні тактики, обрані для обох груп хворих, значно зменшили прояви психопатологічної симптоматики на ранніх стадіях лікувального процесу.

**Ключові слова:** когнітивні порушення, алкогольна залежність, лікування

В результате изучения когнитивных функций у лиц с алкогольной зависимостью с разными схемами лечения и практически здоровыми лицами (контрольная группа — КГ) установлено, что до лечения когнитивные расстройства у больных обеих групп проявлялись нарушением регуляторных функций, выявлен втрое низкий уровень стойкости внимания сравнительно с КГ; психопатологические проявления больше представлены в группе лиц, получавших дополнительно метаболическую и нейропротекторную терапию (II группа). После лечения позитивная динамика когнитивной продуктивности определялась повышенным уровнем смыслового запоминания и обобщения воспринятой информации больше у лиц, получавших детоксикационную терапию; среди лиц II группы наблюдалось повышение скорости выполнения тестов всех шкал. Терапевтические тактики, выбранные для обеих групп больных, значительно уменьшили проявления психопатологической симптоматики на ранних стадиях лечебного процесса.

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения, алкогольная зависимость, лечение

As a result of the study of cognitive functions in patients with alcohol dependence with different treatment regimens and practically healthy persons (control group CG), it was elucidated that before treatment cognitive disorders in patients of both groups were manifested by a violation of regulatory functions, a low level of attention resistance was revealed in comparison with CG; psychopathological manifestations were more represented in the group of patients who received additional metabolic and neuroprotective therapy (group II). After treatment, the positive dynamics of cognitive performance was determined by the increased level of sour memory and forgiving of the received information in patients receiving detoxification therapy; among patients of group II, there was an increase in the speed of the tests of all scales. Therapeutic tactics chosen for both groups of patients significantly reduced the manifestations of psychopathological symptoms in the early stages of the treatment process.

**Key words:** cognitive disorders, alcohol dependence, treatment

Однією з головних поточних проблем у сфері охорони здоров'я України і більшості країн Європи залишається зловживання алкоголем. В країнах, що розвиваються, спостерігається стійке зростання алкоголізації населення, починаючи з підліткового віку [1—3]. Значне збільшення кількості споживачів алкоголю серед населення, особливо серед осіб молодого віку, неминуче тягне за собою різке зростання показників захворюваності, травматизації, суїцидальних спроб тощо. Саме тому в Україні зловживання алкоголем розглядається як один з основних чинників демографічно-соціальної кризи та як загальнонаціональна загроза на рівні особистості, сім'ї, суспільства [4]. Крім того, протягом останніх чотирьох років в умовах проведення тривалих бойових дій на сході країни спостерігається «спалах» психічних, наркологічних захворювань як «відповідь» суспільства на хронічну психотравмуючу стресову ситуацію. Сучасні дослідження виявили зв'язок між рівнем стресу в суспільстві та рівнем пов'язаних з алкоголем проблем [5], а також посилення стресу і, як наслідок, погіршення когнітивних функцій (КФ) [6].

Однією з головних клінічних характеристик алкогольної залежності (АЗ) є зниження когнітивної продуктивності. Відомо, що хронічна інтоксикація етанолом спричиняє ураження практично всіх відділів ЦНС та призводить

до прогресуючого погіршення інтелектуально-мнестичних функцій [7]. Когнітивне зниження у хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю виявляється в 50—70 % випадків, в 10 % випадків воно має виражений характер, який сягає рівня деменції [7—9]. Встановлено також, що деменція при АЗ складає 5—10 % всіх випадків деменції, особливо в осіб молодого віку [10]. Доведено, що КФ (саме виконавські) забезпечують здійснення складних, цілеспрямованих форм поведінки, а їх порушення часто є причиною розвитку агресивної поведінки [11] внаслідок ураження передфронтальної кори головного мозку [10] з подальшим збільшенням ймовірності насильницьких дій щодо оточуючих [12].

У деяких дослідженнях було показано потенційну зворотність когнітивного дефекту, зокрема порушень пам'яті та перцептивно-моторних навичок. Проте в інших роботах було наголошено, що деякі КФ, зокрема виконавські та зорово-просторові, гірше піддаються відновленню [13]. На нашу думку, оцінення порушень КФ у осіб із АЗ є обов'язковим етапом психодіагностичного дослідження під час лікувального процесу.

Мета — визначити особливості когнітивного функціонування осіб із АЗ в умовах соціального стресу під впливом лікування.

Дослідження проводилось особам з АЗ (F10.2 за МКХ-10) у ДУ «ІНПН НАМН України» при наявності пись-

мовою інформованої згоди на участь у дослідженні.

Обстежувані чоловічої статі ( $n = 40$ ) були поділені на групи: контрольна група (КГ), яка включала практично здорових осіб ( $n = 10$ ), середній вік яких складав  $39,00 \pm 3,20$  років; I група ( $n = 13$ ) — особи з АЗ, які отримували детоксикаційну терапію відповідно до стандартів лікування [14], з середнім віком  $46,85 \pm 1,08$  років; II група — особи з АЗ ( $n = 17$ ) з середнім віком  $40,06 \pm 1,75$  років, які на фоні детоксикаційної терапії отримували препарати метаболічної (актовегін 200 мг в 100 мл 0,9 % фізіологічного розчину внутрішньовенно № 5—10 з наступним прийомом по таблетці 3 рази на добу № 30) та нейропротекторної дії (цераксон 500 мг внутрішньом'язово № 5—10 з наступним прийомом по таблетці 2 рази на добу вранці та вдень № 30). Дозу вжитого напою визначали середньою добовою дозою алкоголю (СДА) в перерахунку на горілку. Одна СДА дорівнює 40 мл горілки.

Використано методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, тест «AUDIT» [15], методики: вивчення КФ [16] (Мюнстерберга, яка спрямована на діагностику вибірковості та концентрації уваги; «Смислова пам'ять», «Виключення слів»), шкала оцінки психічного статусу (MMSE) [17]; методи математичної статистики [18].

Під час вивчення анамнезу хвороби встановлено, перша спроба алкоголю в середньому відбувалася у осіб I, II групи та КГ майже в однаковому віці ( $15,08 \pm 0,94$ ), ( $15,38 \pm 0,57$ ) та ( $17,00 \pm 1,93$ ) років відповідно, різниця не досягла вірогідності). За видом вжитого алкоголю особи всіх груп розподілилися таким способом: особи КГ вживали горілку (50,00 %), коньяк (10,00 %), вино (10,00 %), пиво (20,00 %); особи I та II груп надавали перевагу горілці (92,30 % та 88,24 % відповідно). Доза вжитого алкоголю не відрізнялася за вірогідністю в осіб I та II груп й складала відповідно ( $22,02 \pm 2,33$ ) та ( $20,23 \pm 2,0$ ) СДА; тоді як у осіб КГ показник складав ( $3,10 \pm 0,80$ ) СДА ( $p < 0,05$ ). Обстежувані були однорідні в середньому за тривалістю формування стану відміни алкоголю (( $2,85 \pm 0,94$ ) років в I та ( $2,62 \pm 0,86$ ) років в II групі) і за давністю захворювання (( $4,45 \pm 1,00$ ) років та ( $3,59 \pm 0,57$ ) років відповідно). Амнезія токсичного генезу спостерігалась майже у 2 рази частіше в осіб I групи (23,08 % випадків проти 13,33 %). Лікувалися раніше 92,31 % осіб I групи та 64,71 % осіб II групи; неодноразово проходили курси лікування 61,54 % та 35,29 % осіб відповідно. Суїцидальні думки, які виникали в стані сп'яніння, зазначали 7,69 % осіб I та 17,64 % осіб II групи. За тестом AUDIT загальна кількість балів у обстежуваних була майже однаковою між особами I та II груп й складала ( $34,46 \pm 1,32$ ) та ( $32,12 \pm 1,33$ ) бала відповідно, що підтверджувало наявність АЗ у обстежуваних; тоді як вірогідність різниць між показниками серед осіб КГ ( $2,40 \pm 0,40$ ) бала та осіб із АЗ була високою ( $p < 0,01$ ). Вид потягу до алкоголю в ремісії більшість осіб I та II груп визначили як періодично компульсивний (53,84 % та 58,82 % відповідно), але 11,76 % осіб II групи — як постійний. Лише у 7,69 % осіб I та у 5,88 % осіб II групи потяг був періодично нав'язливим. Здебільшого ремісії були терапевтичними в осіб обох груп, але у 7,69 % осіб I та 11,76 % осіб II групи — вимушеними.

Вищу освіту мали 90,00 % осіб КГ, 38,46 % осіб I та 29,41 % осіб II групи, більшість хворих обох груп (53,85 % та 41,17 % осіб відповідно) — середню технічну. Встановлено, що працюють всі особи КГ, 88,24 % осіб II та 46,15 % осіб I групи, решта осіб не працювала.

Ставлення до праці творче в усіх осіб КГ, у 15,38 % осіб I та у 29,41 % осіб II групи; у 5,88 % осіб II групи — байдуже-пасивне, у решти — активне. Високий рівень соціальних інтересів виявлено в усіх осіб КГ; у 64,71 % осіб II та 30,77 % осіб I групи; низький рівень — у 7,69 % осіб I групи; у решти — середній. Конфліктні сімейні відносини зазначили 61,5 % осіб I та 76,47 % осіб II групи; нормальні — решта хворих та всі особи КГ.

Під час вивчення клінічних особливостей хвороби виявлено, що з придбаних психопатологічних порушень здебільшого обстежувані зазначили емоційні розлади (84,62 % осіб I та 52,94 % осіб II групи), астеничний синдром (7,69 % осіб I та 29,41 % осіб II групи) та поведінкові розлади (7,69 % осіб I та 17,65 % осіб II групи). Критика до захворювання на АЗ відсутня у 15,38 % осіб I та 35,29 % осіб II групи, частково збережена у 69,23 % та 52,94 % осіб відповідно. Під час вивчення показників особистісних змін, придбаних у процесі захворювання, встановлено, що серед осіб КГ ці зміни відсутні, у осіб I групи виражені в легкому ступені, тоді як серед осіб II групи морально-етичні, емоційні розлади та деменція особистості були у легкій (88,24 %) та середній формі (11,76 %); інтелектуально-мнестичні порушення були легкими (82,35 %) та середніми (17,65 %). Отже, показники особистісних змін в КГ відповідали ( $20,00 \pm 0,00$ ) балам, у I групі — ( $-1,00 \pm 0,00$ ) бал, у II групі — ( $-2,06 \pm 0,76$ ) бала, що свідчить про вірогідні різниці між показниками КГ та груп хворих ( $p < 0,05$ ).

Аналіз показників шкали MMSE дозволив виявити, що до лікування хворі I та II груп суттєво відрізнялись від осіб КГ (рис. 1, 2) ( $p < 0,05$ ). Хворі обох груп демонстрували зниження психічної функції (( $20,15 \pm 1,01$ ) бала в осіб I та  $21,18 \pm 1,09$  у осіб II групи проти ( $28,00 \pm 0,39$ ) бала у осіб КГ), яка визначає усвідомлення власної особистості, просторової локалізації, безпосередньої ситуації, поточних хронологічних даних, також у хворих виявлялась недостатність функції концентрації уваги та рахунку (( $2,69 \pm 0,56$ ) бала у осіб I та  $2,76 \pm 0,46$  у осіб II групи проти ( $5,00 \pm 0,00$ ) балів у осіб КГ). Вірогідна різниця ( $p < 0,05$ ) між показниками I та II груп до лікування виявлена за такими параметрами: орієнтація у часі, орієнтування на місці, пам'ять, 3-етапна команда та загальний час виконання тестів. Динаміка показників за цією методикою у осіб із АЗ (див. рис. 1, 2) після лікування виявилася такою: за часом виконання тесту концентрації уваги та рахунок (( $4,06 \pm 0,33$ ) с у осіб II проти ( $4,77 \pm 0,23$ ) у осіб I групи), часом виконання тесту пам'яті (( $6,64 \pm 1,48$ ) с у осіб II проти ( $10,19 \pm 1,43$ ) у осіб I групи), часом виконання 3-етапної команди (( $6,95 \pm 0,95$ ) с у осіб II проти ( $9,76 \pm 1,34$ ) у осіб I групи), є вірогідна різниця ( $p < 0,05$ ) в поліпшенні психічного статусу за вищезначеними показниками у осіб II групи. Показники орієнтація у часі (( $4,24 \pm 0,16$ ) бала у осіб II проти ( $4,54 \pm 0,18$ ) у осіб I групи), орієнтування на місці (( $4,53 \pm 0,12$ ) бала у осіб II проти ( $4,62 \pm 0,14$ ) у осіб I групи), показник, який відбиває ступінь концентрації уваги та рахунок (( $4,06 \pm 0,33$ ) бала у осіб II проти ( $4,77 \pm 0,23$ ) у осіб I групи), показники пам'яті (( $2,18 \pm 0,25$ ) бала у осіб II проти ( $2,23 \pm 0,20$ ) у осіб I групи), 3-етапної команди (( $2,94 \pm 0,06$ ) бала у осіб II проти ( $3,00 \pm 0,00$ ) у осіб I групи), читання (( $1,24 \pm 0,18$ ) бала у осіб II проти ( $1,62 \pm 0,18$ ) у осіб I групи) та загальної кількості балів (( $25,59 \pm 0,72$ ) бала у осіб II проти ( $27,15 \pm 0,70$ ) у осіб I групи) після лікування менше у осіб II групи, ніж у осіб I групи, але різниця не набула вірогідності.

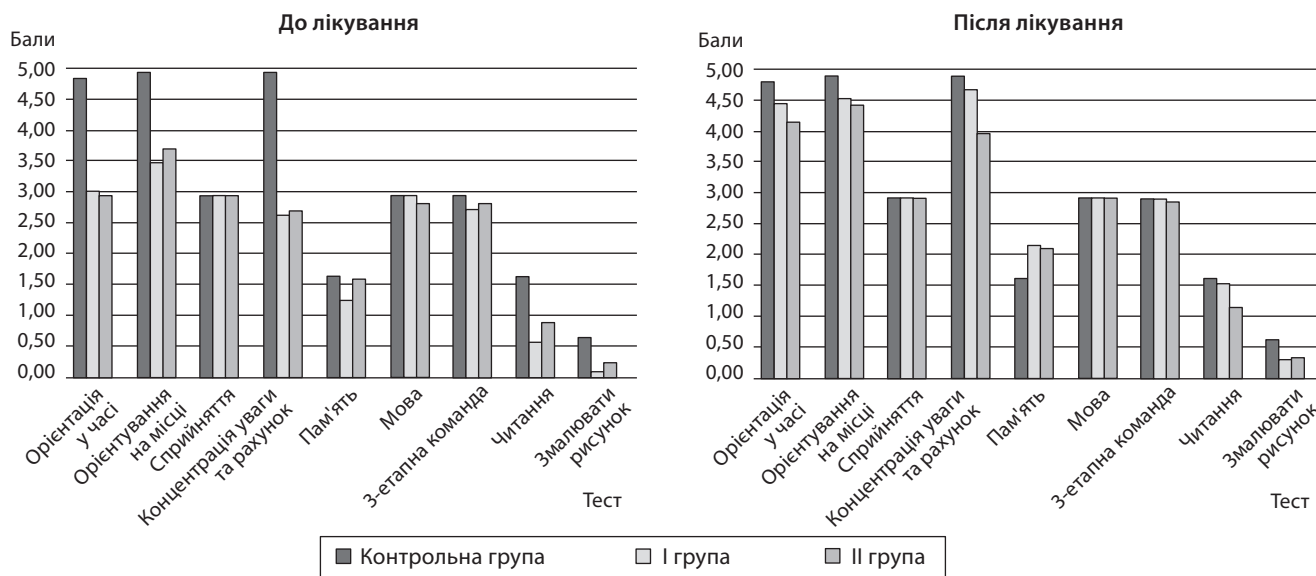


Рис. 1. Середня кількість балів під час виконання тестів шкали «Оцінка психічного статусу» (MMSE) в обстежуваних контрольної, I та II груп до та після лікування

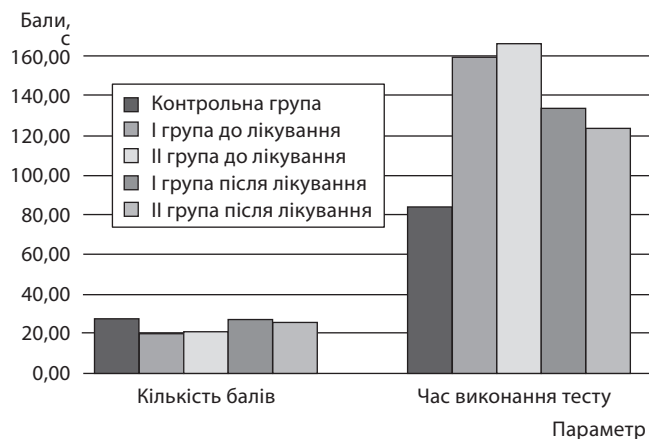


Рис. 2. Загальна кількість балів та часу під час виконання тестів шкали «Оцінка психічного статусу» (MMSE) в обстежуваних контрольної, I та II груп до та після лікування

В результаті дослідження процесів мислення за методикою «Виключення слів» (табл. 1) виявлено, що більшість осіб із АЗ характеризувалася зниженим рівнем узагальнення порівняно з КГ —  $(10,31 \pm 0,81)$  бала у осіб першої та  $10,71 \pm 0,71$  у осіб другої групи проти  $(12,40 \pm 0,45)$  бала у осіб КГ. Тобто у судженнях хворих домінували безпосередні уявлення про предмети, явища навколишнього світу, при якому оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних, несуттєвих, поверхневих зв'язків. Після лікування у хворих I та II груп спостерігалось підвищення показників тесту ( $12,54 \pm 0,40$ ) та ( $11,88 \pm 0,57$ ) відповідно до рівня аналогічних показників, отриманих у осіб КГ —  $(12,40 \pm 0,45)$  бала. Коефіцієнт кореляції між правильними відповідями ( $(12,54 \pm 0,40)$  бала) та часом виконання тесту ( $(149,85 \pm 14,71)$  с) після лікування в осіб I групи був відсутнім ( $r = -0,02$ ), тоді як у осіб II групи цей коефіцієнт був помірним ( $r = -0,43$ ) та наближався до аналогічного показника в КГ ( $r = -0,69$ ), що свідчить про наявність кореляційних зв'язків у II групи після лікування (див. табл. 1).

Таблиця 1. Середня кількість балів та часу виконання завдань за тестом «Виключення слів»

Критерій	Контрольна група	I група		II група	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Кількість балів за правильні відповіді, бали	$12,40 \pm 0,45$	$10,31 \pm 0,81$	$12,54 \pm 0,40$	$10,71 \pm 0,71$	$11,88 \pm 0,57$
Час виконання тесту, с	$100,67 \pm 9,82$	$214,99 \pm 15,80$	$149,85 \pm 14,71$	$194,10 \pm 16,40$	$134,81 \pm 11,23$
Коефіцієнт кореляції між правильними відповідями та часом виконання тесту	-0,69	-0,60	-0,02	-0,05	-0,43

За результатами тесту «Смислова пам'ять» хворі обох груп продемонстрували значно меншу кількість правильних відповідей в обох формах («А» і «Б») завдань порівняно з особами КГ (після лікування у осіб I групи  $8,46 \pm 0,55$  та у осіб II групи  $9,71 \pm 0,52$  проти  $12,10 \pm 1,00$  у осіб КГ), тобто переважно виявлялась недостатність процесу смислового запам'ятовування, труднощі у виокремленні головного сенсу сприйнятого матеріалу, зниження вміння аналізувати, розуміти та оформлювати у словах отриману інформацію — більше у осіб I групи (табл. 2).

Аналіз показників до та після лікування у хворих обох груп виявив позитивну динаміку параметру «смислова пам'ять», що свідчило про загальне поліпшення мнестичної функції в результаті проведених форм терапії. Коефіцієнт кореляції між коефіцієнтом механічної пам'яті та часом виконання тесту «А» в II групі та КГ був помірним ( $r = -0,62$  і  $r = -0,60$  відповідно), в I групі — вираженим ( $r = -0,73$ ), тоді як коефіцієнт кореляції між коефіцієнтом логічної пам'яті та часом виконання тесту «Б» був помірним в КГ ( $r = -0,52$ ), в обох групах осіб із АЗ кореляційні зв'язки були відсутніми (див. табл. 2).

Отримані за тестом Мюнстерберга результати засвідчили, що у хворих обох груп до лікування (у I групі  $(5,69 \pm 0,92)$  та у II групі  $(6,00 \pm 0,77)$  бала) був майже утричі нижчий рівень стійкості уваги порівняно з КГ  $(18,80 \pm 0,87)$  бала, що вказує на значний розлад цього

когнітивного процесу (табл. 3). Після лікування спостерігалося вірогідне підвищення ( $p < 0,05$ ) рівня уваги (у осіб II групи  $(10,41 \pm 0,99)$  бала проти  $(8,62 \pm 0,94)$  у осіб I групи), але ця позитивна динаміка так і не дійшла до рівня нормативних показників (див. табл. 3).

Таблиця 2. Результати виконання завдань за тестом «Смислова пам'ять»

Критерій	Контрольна група	I група		II група	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Кількість правильних відповідей тесту «А»	$12,10 \pm 1,00$	$5,92 \pm 0,54$	$8,46 \pm 0,55$	$6,41 \pm 0,56$	$9,71 \pm 0,52$
Коефіцієнт логічної пам'яті	$0,81 \pm 0,07$	$0,39 \pm 0,04$	$0,56 \pm 0,04$	$0,43 \pm 0,04$	$0,65 \pm 0,03$
Час виконання тесту «А», с	$50,00 \pm 4,81$	$47,12 \pm 2,65$	$44,82 \pm 2,70$	$49,16 \pm 2,24$	$43,36 \pm 2,25$
Коефіцієнт кореляції між коефіцієнтом логічної пам'яті та часом виконання тесту «А»	-0,60	-0,32	-0,73	-0,26	-0,62
Кількість правильних відповідей тесту «Б»	$4,40 \pm 0,83$	$1,00 \pm 0,34$	$2,15 \pm 0,37$	$1,18 \pm 0,37$	$2,94 \pm 0,69$
Коефіцієнт механічної пам'яті	$0,31 \pm 0,06$	$0,07 \pm 0,02$	$0,15 \pm 0,03$	$0,08 \pm 0,03$	$0,21 \pm 0,05$
Час виконання тесту «Б», с	$79,22 \pm 9,77$	$33,34 \pm 4,17$	$39,30 \pm 2,16$	$34,66 \pm 3,62$	$38,03 \pm 2,40$
Коефіцієнт кореляції між коефіцієнтом механічної пам'яті та часом виконання тесту «Б»	-0,52	-0,16	-0,25	0,05	-0,13

Таблиця 3. Результати виконання тесту «Методика Мюнстерберга»

Критерій	Контрольна група	I група		II група	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Кількість правильних відповідей	$18,80 \pm 0,87$	$5,69 \pm 0,92$	$8,62 \pm 0,94$	$6,00 \pm 0,77$	$10,41 \pm 0,99$
Кількість помилок	$0,50 \pm 0,22$	$0,31 \pm 0,17$	$0,23 \pm 0,12$	$0,24 \pm 0,18$	$0,29 \pm 0,11$

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

Встановлені клінічні фактори: особи I та II групи в середньому були однорідні як за тривалістю формування стану відміни алкоголю, так і за давністю захворювання; наявністю суїцидальних думок, які спостерігалися в стані сп'яніння, амнестичні форми сп'яніння, проходження курсів лікування від АЗ у осіб I групи були майже в 2 рази частіше, ніж у осіб II групи ( $p < 0,05$ ).

Виявлено, що перевагу алкогольних уподобань у осіб із АЗ обох груп становила горілка, в КГ вживали різні алкогольні напої. Кількість СДА у осіб із АЗ перевищувала майже в 7,00 разів порівняно з кількістю СДА у осіб КГ, що підтверджено загальною кількістю балів за тестом AUDIT ( $p < 0,05$ ).

Визначено, що критика до захворювання на АЗ відсутня у осіб II групи майже в 2,3 рази більше, ніж у осіб I групи; частково збережена у осіб I групи в 1,3 рази більше, ніж у осіб II групи ( $p < 0,05$ ).

Виявлено, що серед психопатологічних порушень у осіб I групи спостерігались переважно емоційні розлади, у осіб II групи — емоційні розлади, астеничний синдром та поведінкові розлади ( $p < 0,05$ ). При цьому було встановлено, що тактики лікування, обрані для двох груп хворих, здатні значно зменшити прояви психопатологічної симптоматики вже на ранніх стадіях лікувально-реабілітаційної роботи.

Встановлено, що показники розладів особистості, сформованих в процесі захворювання, у осіб I групи виражені лише в легкому ступені, тоді як у осіб II групи прояви морально-етичних, емоційних, інтелектуально-мнестичних порушень та деменції виражені в різному ступені ( $p < 0,05$ ).

Виявлено, що в умовах соціального стресу когнітивні розлади до лікування у осіб із АЗ проявлялись у порушенні регуляторних функцій ( $p < 0,05$ ). У хворих обох груп був утричі нижчий рівень стійкості уваги порівняно з особами КГ ( $p < 0,05$ ).

Встановлено позитивну динаміку когнітивної продуктивності в процесі лікування, яка проявлялася насамперед у підвищенні рівня смислового запам'ятовування та узагальнення сприйнятої інформації, більше виражену в осіб I групи порівняно з особами II групи ( $p < 0,05$ ), що сприяло відновленню вміння планувати й прогнозувати; у підвищенні швидкості виконання тестів усіх шкал у осіб II групи, ніж у осіб I групи, але різниця не дійшла вірогідності. Найменша потенційна зворотність виявлена для когнітивної функції концентрація та стійкість уваги в осіб із АЗ обох груп.

#### Список літератури

1. Никифоров И. А. Эпидемиологические аспекты наркотизма // Мед. помощь. 2005. № 4. С. 9—15.
2. Никифоров, И. А. Эпидемиологический аспект раннего наркотизма // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2006. Вып. 1. С. 15—19.
3. Declared and undeclared substance use among emergency department patients : A population-based study / [Jan R. H. Rockett, Sandra L. Putnam, Jia Haomiao, Gordon S. Smith] // Addiction. 2006. Vol. 101. № 5. P. 706—712.
4. Децик О. З., Карпінець І. М. Комплекс заходів профілактики алкоголізму на рівні первинної медичної допомоги // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2013. № 1 (11). С. 76—79.
5. Pohorecky L. A. Stress and alcohol interaction : An update of human research // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1991. Vol. 15. P. 438—459.

6. Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence / R. M. Crum, C. Muntaner, W. W. Eaton, J. C. Anthony // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1995. Vol. 19(3). P. 647—655.

7. Адрианова Е. Д. Когнитивные расстройства при алкоголизме // *Наркология*. 2013. № 2. С. 79—85.

8. Underreporting of Gender and Race/Ethnicity Differences in NIH-Funded Dementia Caregiver Support Interventions / A. Gilmore-Bykovskiy, R. Johnson, L. Walljasper [et al.] // *J Alzheimer's Disease Other Demen*. 2018. Vol. 33(3). P. 145—155.

9. de Moraes F. M., Bertolucci P. F. The Contribution of Supplementary Tests in the Differential Diagnosis of Dementia // *J Alzheimers Disease Other Demen*. 2018, Mar. Vol. 33(2). P. 131—137.

10. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Нарушения памяти. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. 160 с.

11. Копейко Г. И. Смешанные аффективные состояния в юношеском возрасте: исторический аспект, современное состояние проблемы, психопатология // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2011. Т. 111 (10). С. 4—11.

12. Дамулин И. В., Шмидт Т. Е. Неврологические расстройства при алкоголизме // *Неврологический журнал*. 2004. Т. 9, № 2. С. 4—10.

13. Кономи Д. П. Лечение некоторых метаболических энцефалопатий // *Лечение нервных заболеваний / под ред. В. К. Видерхольта ; пер. с англ. М. : Медицина, 1984. С. 12—72.*

14. Протоколи надання медичної наркологічної допомоги [Електронний ресурс] / А. М. Вієвський, І. К. Сосін, А. М. Вієвський [та ін.] // *Стандарти надання медичної допомоги в Україні. Електронні дані. URL : //http://medstandart.net/browse/3277. Назва з екрана.*

15. AUDIT — The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care Second Edition / T. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders [et al.] // *World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence*. 2001. 99 p.

16. Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии : методические рекомендации. М., 2001. 38 с.

17. Сборник психологических тестов : пособие / [сост. Е. Е. Миროнова]. Мн. : Женский институт ЭНВИЛА, 2005. 155 с.

18. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. М.: Медицина, 1978. 294 с.

*Надійшла до редакції 10.04.2018 р.*

**МІНКО Олександр Іванович**, доктор медичних наук, професор, науковий керівник відділу клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), професор кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

**МАРКОЗОВА Любов Михайлівна**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: marklubov15@gmail.com

**ЛІСНА Наталія Миколаївна**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

**ГОЛЬЦОВА Світлана Вікторівна**, провідний інженер відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: lana-6208@ukr.net

**MINKO Oleksandr**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical and Social Narcology 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), Professor of the Department of Clinical Neurology, Psychiatry and Narcology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

**MARKOZOVA Lubov**, MD, PHD, Research Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: marklubov15@gmail.com

**LISNA Natalia**, PhD in of Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology of the the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

**HOLTSOVA Svitlana**, Leading Engineer of the Department of Clinical and Social Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: lana-6208@ukr.net