УДК: 616.89-008.447:616.85

https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is2-2022-7

М. М. Денисенко

ПОТРЕБОВО-ЕМОЦІЙНА СКЛАДОВА В ПАТОҐЕНЕЗІ КОМОРБІДНИХ НЕВРОТИЧНИХ ТА АДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ

M. M. Denysenko

NEED-EMOTIONAL COMPONENT IN THE PATHOGENESIS OF COMORBID NEUROTIC AND ADDICTIVE DISORDERS

Ключові слова: *невротичні розлади, адиктивна поведінка, коморбідність, потребово-емоційна сфера*

Стаття присвячена аналізу особливостей потребово-емоційної сфери хворих на невротичні розлади з адикціями в їх структурі. Проаналізовано актуальність (рівень задоволеності) основних потреб особистості хворих та структурні особливості їх потребово-емоційного простору: інтенсивність потреб, їх емоційне наповнення та співвідношення з конкретними ситуаціями, зокрема з ситуацією вживання та хвороби. Визначено, що невротична хвороба та адиктивна поведінка реалізують різні потреби: при тривожно-фобічних розладах основу невротичного стану становить напруженість потреб у безпеці та відпочинку, а адиктивної поведінки — потреба у спілкуванні та позитивних враженнях; при дисоціативних розладах невротична хвороба актуалізує потреби у спілкуванні та враженнях, а основу адиктивної поведінки становлять потреби у відпочинку та безпеці; при неврастенії невротична хвороба та адиктивна поведінка є варіантами виходу зі стану психоемоційного дистресу, але через реалізацію різних потреб: невротичний стан — потреби у відпочинку, а адиктивна поведінка — потреби у спілкуванні.

Key words: *neurotic disorders, addictive behavior, comorbidity, need-emotional sphere*

The article is devoted to the analysis of the features of the need-emotional sphere of patients with neurotic disorders with addictions in their structure. The relevance (level of satisfaction) of the basic needs of the patients' personality and the structural features of their need-emotional space are analyzed: the intensity of needs, their emotional content and correlation with specific situations, in particular with the situation of use and illness. It has been determined that neurotic illness and addictive behavior realize different needs: in anxiety-phobic disorders, the basis of the neurotic state is the tension of the needs for security and rest, and addictive behavior is the need for communication and positive impressions; in dissociative disorders, a neurotic illness actualizes the need for communication and impressions, and the basis of addictive behavior is the need for rest and safety; in case of neurasthenia, neurotic illness and addictive behavior are options for getting out of the state of psycho-emotional distress, but due to the realization of different needs: a neurotic state — needs for rest, addictive behavior — needs for communication.

Стресове навантаження та зростання нервової напруги, на жаль, на сьогодні є ознакою сучасного життя. Масштабні кризові соціально-економічні явища, воєнні конфлікти, екологічні катастрофи та проблеми особистого життя занадто перенавантажують захисні системи організму людини, що веде до збільшення рівня невротизації та пошуку можливих способів та варіантів емоційної розрядки, якими часто є адиктивні реалізації [1—3]. Використання «штучних» стимуляторів позитивних емоцій короткостроково зменшує рівень емоційної напруги, але не вирішує невротичного конфлікту та призводить до формування залежностей, які ще більше заглиблюють соціальну дезадаптованість та особистісну неспроможність людини [4, 5]. І хоча невротичні та адиктивні розлади є частими супутниками, питання їх поєднаного співіснування як в методологічному, так і в практичному аспектах є не до кінця визначеним. Зокрема, з одного боку, в діагностичній рубрикації визнана самостійність категорії «адикція», а з другого — вказується на єдність, спорідненість цих станів з невротичними розладами з погляду їх етіології та проявів: обидві форми психопатології є реакцією на психоемоційне перенавантаження та мають обсесивно-компульсивний складник [6]. В практичній же площині невротична хвороба та адиктивна поведінка при їх поєднанні є дуже складними з точки зору їх діагностики, терапії та прогнозу, що потребує визначення характеру їх взаємодії, причин та механізмів їх коморбідного співіснування [7, 8].

Мета дослідження — дослідити особливості потребово-мотиваційної сфери хворих з різними формами невротичних розладів, що поєднані з адикціями, та визначити її роль в формуванні коморбідних станів.

Методи дослідження: система AUDIT-подібних тестів для комплексної оцінки адиктивного статусу (Лінский І. В., Мінко О. І. та ін.) методика діагностики актуальних потреб особистості для визначення рівня задоволеності основних потреб (Капцов А. В.) та модифікований варіант методики репертуарних решіток Келлі для аналізу потребово-емоційного складника адиктивної поведінки в структурі невротичного розладу (Соломін І. Л.) [9—11].

© Денисенко М. М., 2022

Вибірка дослідження: 150 хворих на невротичні розлади. Поділ на групи порівняння здійснювали відповідно до результатів AUDIT-подібних тестів: пацієнти з адикціями становили основні групи дослідження (28 хворих з тривожно-фобічними розладами (F40.8); 35 — з дисоціативними розладами (F44.7) та 26 — з неврастенією (F48.0)), а пацієнти без адикцій — контрольні (22 особи з тривожно-фобічними розладами та по 20 осіб в групах дисоціативних розладів та неврастенії).

За даними аналізу особливостей потребово-емоційної сфери (за методикою діагностики актуальних потреб особистості) хворих на неврози з адикціями встановлено, що наявність адиктивної поведінки в структурі невротичного розладу актуалізує або дезактуалізує певні потреби особистості. Зокрема, у хворих з адикціями більш задоволеними виявились потреби в безпеці та задоволенні (при тривожно-фобічних розладах — 4,50 ± 0,55) та соціальні потреби (при неврастенії — 7,23 ± 0,36), а менш задоволеними — потреба в свободі (при дисоціативних розладах — 6,20 ± 0,60), порівняно з хворими без адикцій (6,75 ± 0,62, при $p = 0{,}0241$; 8,25 ± 0,29, при $p = 0{,}0194$; та 3,63 ± 0,68, при $p = 0{,}0072$, відповідно). Отримані дані свідчать, що через адиктивну поведінку хворі на тривожно-фобічні розлади реалізовували потребу в безпеці та задоволенні; хворі на неврастенію — соціальні потреби; а у хворих на дисоціативні розлади наявність адикцій, навпаки, актуалізує потребу в свободі.

Для аналізу змісту та структури потреб хворих на невротичні розлади з коморбідними адикціями застосовували методику репертуарних решіток Келлі в модифікації Соломіна І. Л. Як оціночні елементи використовували різні життєві ситуації, а оціночними ознаками слугували емоційні переживання, що є суб'єктивними індикаторами різних потреб особистості. До переліку життєвих ситуацій спеціально для хворих з адикціями було включено додаткову ситуацію, що описує ситуацію вживання: «коли я вживаю…».

Загальна середня оцінка частоти різних станів за всіма ситуаціями визначала загальну емоційну напруженість, тобто сумарну кількість та ступінь виразності різних емоційних реакцій, що виникають безвідносно до змісту потреб та ситуацій. Встановлено, що загальна емоційна напруженість у хворих на тривожно-фобічні розлади при наявності адикцій виявлялась вищою (1,62 ± 0,38), ніж у хворих без адикцій (1,41 ± 0,41); у хворих же на дисоціативні розлади та неврастенію при наявності адикцій рівень емоційної напруженості був нижчим (1,45 ± 0,52 та 1,25 ± 0,58), ніж у хворих без адикцій (1,50 ± 0,46 та 1,31 ± 0,51). За результатами оцінок частоти кожного зі станів у обстежених виявлено, що у хворих з адикціями в структурі невротичного розладу максимальні середні оцінки отримано за станом «потребую розуміння та підтримки», особливо при тривожно-фобічних розладах (1,85 ± 1,13), порівняно з контрольною групою (1,39 ± 1,05, при $p \le 0{,}05$). У хворих на неврастенію з адикціями частота станів «хочу побути наодинці» та «відчуваю нудьгу» була істотно меншою (0,96 ± 0,64 та 0,86 ± 0,76), порівняно з хворими без адикцій (1,45 ± 0,9 та 1,29 ± 0,59, при $p \le 0{,}05$). Тобто, хворі з адикціями при тривожно-фобічних розладах та неврастенії характеризувались більшою виразністю потреби у спілкуванні, індикаторами якої слугували стани «потребую розуміння та підтримки» та «хочу побути наодинці», з огляду на інверсний знак останнього (тобто їм рідше хочеться побути наодинці). Водночас хворі з адикціями при неврастенії істотно рідше відчували нудьгу, їх потреба у враженнях виявлялась більш задоволеною, ніж у хворих без адикцій.

Для визначення структурних особливостей функціонування потребово-емоційної сфери та означення мотивів адиктивного потягу та невротичної хвороби застосовано процедуру факторизації простору емоційних станів та ситуацій, в яких ці стани реалізуються. Факторний аналіз застосовано окремо для кожної форми невротичного розладу за методом головних компонентів, з подальшою процедурою штучного пониження кореляцій в матриці додаванням малої константи до її діагональних елементів. В таблицях 1—3 наведено дані зі значущими навантаженнями за факторами.

Таблиця 1. **Факторна структура потребово-емоційної сфери при тривожно-фобічних розладах у хворих з коморбідними адикціями**

Факторні навантаження (Головні компоненти, Varimax)			
Фактор-1 «Фактор психоемоційного дискомфорту», або «Фактор хвороби»		Фактор-2 «Фактор адикції»	
Злюсь	0,77	Отримую задоволення	0,77
Ображаюсь	0,77	Хочу повеселитися	0,72
Відчуваю втому	0,77	Хочу спілкування	0,71
Моторошно на душі	0,75	Коли я вживаю ...	0,84
Нервую	0,74	У сімейному колі	0,72
Хочеться тиші та спокою	0,71		
У дитинстві	0,89		
Ввечері після роботи	0,87		
Серед друзів	0,86		
В незнайомій компанії	0,85		
Здебільшого	0,82		
Під час сварки	0,81		
Коли я хворію	0,81		
Сьогодні	0,81		
На роботі	0,80		

За даними факторного аналізу потребово-ситуаційного простору особистості у хворих на тривожно-фобічні розлади було виокремлено два фактори. Перший фактор, що отримав умовну назву «фактор хвороби», становили емоційні переживан-

ня, що є індикаторами емоційного дискомфорту («злюсь» — 0,77; «ображаюсь» — 0,77, «моторошно на душі» — 0,75; «нервую» — 0,74) та відпочинку («відчуваю втому» — 0,76; «прагну тиші та спокою» — 0,71), а також ситуації, в яких ці переживання найчастіше реалізовувались («у дитинстві» — 0,89; «ввечері після роботи» — 0,87; «серед друзів» — 0,87; «в незнайомій компанії» — 0,85; «здебільшого» — 0,82; «під час сварки» — 0,81; «коли я хворію» — 0,81; «сьогодні» — 0,81 та «на роботі» — 0,80). Зазначені вище емоційні переживання відображають наявність загального психоемоційного дискомфорту, що включає наявність агресії, тривоги та астенії, та підкреслюють напруженість потреби у безпеці та відпочинку. З огляду на велику кількість ситуацій, які увійшли до цього фактору («здебільшого» — 0,82; «серед друзів» — 0,867; «в незнайомій компанії» — 0,85; «на роботі» 0,80), слід відзначити тотальність та актуальність («сьогодні» — 0,81) зазначеного стану, який часто виникав «у дитинстві» — 0,89, «під час сварки» — 0,81 та реалізовувався через хворобу («коли я хворію» — 0,81). Найвища факторна навантаженість за фактором отримана у ситуації «у дитинстві» — 0,89, що дає змогу зазначити, що описаний стан психоемоційного дискомфорту своїм корінням походить з дитинства, а на сьогодні актуалізується в більшості ситуацій.

Другий фактор отримав назву «фактор адикції» у зв'язку з ситуацією «коли я вживаю», яка входить до його складу з найвищим факторним навантаженням (0,84). Цей фактор становлять наявність емоційного благополуччя («отримую задоволення» — 0,77) та актуальність потреб у спілкуванні («хочу спілкування» — 0,71) та у враженнях («хочу повеселитись» — 0,72), які саме і є мотиваційною основою адиктивної поведінки. Зазначені потреби, окрім ситуації вживання, також реалізуються «у сімейному колі» — 0,72.

Тобто при тривожно-фобічних розладах в потребово-емоційному просторі найбільш суттєвими виявлялись потреби в безпеці та відпочинку, які реалізовувались через невротичну хворобу (що відображає перший фактор) та потреби у спілкуванні та враженнях, які реалізовувались через адиктивну поведінку (другий фактор). Зіставлення двох виокремлених факторів дає змогу описати механізми формування адикцій в структурі тривожно-фобічного розладу: відчуття психоемоційного дискомфорту (з переважанням почуттів агресії та тривоги, які призводять до астенізації), що відображають напруженість потреби у безпеці та відпочинку, є актуальними та тотальними для особистості ще з дитинства і супроводжують більшість ситуацій із повсякденного життя (реалізуються як серед друзів, так і в незнайомій компанії; як на роботі, так і після неї). Саме через тривогу ще одна актуальна потреба — потреба у спілкуванні, яка міцно пов'язана з потребою у враженнях, не реалізується традиційно в спілкуванні з іншими. Свою ж реалізацію потреба у спілкуванні отримує саме через адиктивну поведінку, а також може реалізовуватись в сімейному колі. Тобто ситуація вживання (адитивна реалізація) у хворих на тривожно-фобічні розлади дає змогу отримати задоволення та спрямована на реалізацію потреб у спілкуванні та враженнях.

У хворих на дисоціативні розлади за результатами факторизації потребово-ситуаційного простору також було виокремлено два фактори: «фактор хвороби» та «фактор адикції» (табл. 2). Однак, зміст цих факторів відрізнявся від змісту аналогічних факторів у хворих з тривожно-фобічними розладами. Зокрема, «фактор хвороби» становили потреби у враженнях («хочу повеселитись» — 0,78) та потреба у спілкуванні («хочу спілкування» — 0,76; «потребую розуміння та підтримки» — 0,76), які актуалізувались в низці ситуацій («коли я хворію» — 0,82, «серед друзів» — 0,82, «під час сварки» — 0,782, «у сімейному колі» — 0,76 та «ввечері після роботи» — 0,76. Тобто при дисоціативних розладах мотиваційну основу невротичної хвороби становила потреба в спілкуванні з іншими та отримання вражень, що реалізовувалась в конкретних ситуаціях міжособової взаємодії (в сім'ї, з друзями, під час емоційного з'ясування стосунків). «Фактор адикції» при дисоціативному розладі відображав наявність психоемоційного дистресу («ображаюсь» — 0,81; «мені неприємно» — 0,77; «мені сумно» — 0,77; «злюсь» — 0,76), потребу у безпеці («тривожно на душі» 0,79; «я хвилююсь та нервую» — 0,79) та відпочинку («відчуваю втому» — 0,75), які є актуальними в ситуації «коли я вживаю» — 0,87.

Таблиця 2. **Факторна структура потребово-емоційної сфери при дисоціативних розладах з коморбідними адикціями**

Факторні навантаження (Головні компоненти, Varimax)			
Фактор-1 «Фактор хвороби»		Фактор-2 «Фактор адикції»	
Хочу повеселитись	0,78	Ображаюсь	0,81
Хочу спілкування	0,76	Тривожно на душі	0,79
Потребую розуміння та підтримки	0,76	Я хвилююсь та нервую	0,79
Коли я хворію	0,82	Мені неприємно	0,77
Серед друзів	0,82	Мені сумно	0,77
Під час сварки	0,78	Злюсь	0,76
На роботі	0,76	Відчуваю втому	0,75
У сімейному колі	0,76	Коли я вживаю	0,87
Ввечері після роботи	0,76		

Тобто реалізація адиктивної поведінки у хворих на дисоціативні розлади була спрямована передусім на зниження, зняття психоемоційної напруги та являла собою своєрідний засіб саморегуляції.

За результатами факторизації потребово-емоційного простору хворих на неврастенію виокремлено

3 фактори (табл. 3). Перший фактор — «актуальний психоемоційний стан» або «фактор психоемоційного дистресу» — включав емоційні стани, що відображають наявність психоемоційного дискомфорту («моторошно на душі» — 0,71 та «я хвилююсь та нервую» — 0,71), що виявлялися актуальними в ситуаціях: «на роботі» — 0,82, «сьогодні» — 0,75 та «коли мене критикують» — 0,71. Другий фактор — «фактор адикції», з максимальним факторним навантаженням включав ситуацію вживання («коли я вживаю» — 0,83), яка була зумовленою потребою у спілкуванні: («хочу спілкування» — 0,71 та «потребую розуміння та підтримки» — 0,70) та включав також відчуття «бадьорості» — 0,72. Третій фактор — «фактор втоми або потреби у відпочинку», який з найбільшими факторними навантаженнями становили емоційні стани «бажаю тиші та спокою» — 0,77, «відчуваю втому» — 0,74 та «хочу випити чаю/кави» — 0,72, що пов'язані з ситуаціями «ввечері після роботи» — 0,76 та «коли я хворію» — 0,71.

Таблиця 3. **Факторна структура потребово-емоційної сфери при неврастенії з коморбідними адикціями**

Факторні навантаження (Головні компоненти, Varimax)					
Фактор-1 «Актуальний психоемоційний стан», або «Фактор психоемоційного дистресу»		Фактор-2 «Фактор адикції»		Фактор-3 «Фактор втоми або потреби у відпочинку»	
Моторошно на душі	0,71	Коли я вживаю ...	0,83	Бажаю тиші та спокою	0,77
Я хвилююсь та нервую	0,71	Почуваю себе бадьоро	0,72	Відчуваю втому	0,74
На роботі	0,82	Хочу спілкування	0,71	Хочу випити чаю/кави	0,72
Сьогодні	0,75	Потребую розуміння та підтримки	0,70	Ввечері після роботи	0,76
Коли мене критикують	0,71			Коли я хворію	0,70

Отже, особливості потребово-емоційного простору хворих на неврастенію полягали в наявності стану актуального психоемоційного дистресу в ситуації зовнішньої оцінки: «коли мене критикують» та «на роботі». Внутрішня психоемоційна напруга призводила до виснаження та актуалізації потреби у відпочинку, яка у хворих на неврастенію реалізувалась через невротичну хворобу. Основу ж адиктивної поведінки хворих на неврастенію становила потреба у спілкуванні, передусім її емпатійний складник (потреба в розумінні та підтримці), реалізація якого істотно активізувала хворого, надаючи відчуття бадьорості.

Результати факторизації потребово-емоційного простору хворих на невротичні розлади виявили, що невротична хвороба та адиктивна поведінка в потребовому просторі особистості являють собою структури, що реалізують різні потреби. Потребово-емоційна наповненість стану невротичної хвороби та адиктивної поведінки має певну нозоспецифічність: при тривожно-фобічних розладах основу невротичного стану становить напруженість потреби у безпеці та потреби у відпочинку (через астенізацію внаслідок тривожних переживань), а основу адиктивної поведінки — потреба у спілкуванні та позитивних враженнях; при дисоціативних розладах, навпаки, невротична хвороба актуалізує потреби у спілкуванні та враженнях, що реалізуються у міжособистісній взаємодії, тимчасом як основу адиктивної поведінки становлять потреби у відпочинку та безпеці (як варіант виходу з емоційно насичених взаємин); при неврастенії невротичний стан та адиктивна поведінка являють собою варіанти виходу зі стану психоемоційного дистресу, але через реалізацію різних потреб: невротичний стан — через реалізацію потреби у відпочинку, а адиктивна поведінка — потреби у спілкуванні.

Отримані в роботі дані становлять особливий інтерес для розроблення програм терапії хворих на невротичні розлади з коморбідною адиктивною поведінкою, зокрема в напрямках психотерапевтичної та психопрофілактичної роботи.

Список літератури

1. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія за редакцією П. В. Волошина, Н. О. Марути. Харків : Видавець Строков Д. В., 2016. 335 с.

2. Mental Health Condition of the Population and Tendencies of Development of Mental Health Care in the WPA Zone 10 Countries / Maruta N. A., P. Morozov, N. Neznanov [et al.]: WPA 2015 Bucharest International Congress (Romania, 24—27 June 2015) // Romanian journal of psychiatry. 2015. Vol. XVII, No 2. P. 89.

3. Психические заболевания в мире и Украине // Новости медицины и фармации. 2016. № 4 (567). С. 6—8.

4. Шаталина М. А. Особенности переживания внутриличностного конфликта интернет-аддиктами и лицами, страдающими никотиновой зависимостью / М. А. Шаталина // АНИ: педагогика и психология. 2018. № 2 (23). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-perezhivaniya-vnutrilichnostnogo-konflikta-internet-addiktami-i-litsami-stradayuschimi-nikotinovoy-zavisimostyu.

5. Колядко С. П. Эмоциональная абстиненция как биопсихологический феномен в переходных процессах при неравновесном гомеостазе эмоционального фонда / С. П. Колядко, Т. М. Воробьева // Психическое здоровье. 2014. № 1. С. 12—15.

6. Семке, В. Я. Исследовательские подходы к классификации пограничных и аддиктивных расстройств // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2012. № 2. URL: http:// medpsy.ru.

7. Волошин П. В. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10—18.

8. Денисенко М. М. Адикції хворих на невротичні розлади (структурний аналіз) / М. М. Денисенко // Вісник проблем біології і медицини. 2017. Вип. 3, т. 1 (131). С. 91—96.

9. 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.

10. Капцов А. В. Методика для диагностики актуальных потребностей личности / А. В. Капцов // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Психология». 2008. № 2 (4). С. 59—70.

11. Соломин И. Л. Методика психосемантической экспресс-диагностики мотиваций / И. Л. Соломин // Школьные технологии. 2008. № 1. С. 159—168.

References

1. Sotsialno-stresovi rozlady (klinika, diahnostyka, profilaktyka) : kolektyvna monohrafiia za redaktsiieiu P. V. Voloshyna, N. O. Maruty. Kharkiv : Vydavets Strokov D. V., 2016. 335 s.

2. Maruta N. A., P. Morozov, N. Neznanov, O. Limankin, P. Voloshyn et al. Mental Health Condition of the Population and Tendencies of Development of Mental Health Care in the WPA Zone 10 Countries : WPA 2015 Bucharest International Congress (Romania, 24—27 June 2015). *Romanian journal of psychiatry*. 2015. Vol. XVII, No 2. P. 89.

3. Psixicheskie zabolevaniya v mire i Ukraine. *Novosti mediciny' i farmacii*. 2016. No. 4 (567). S. 6—8.

4. Shatalina M. A. Osobennosti perezhivaniya vnutrilichnostnogo konflikta internet-addiktami i liczami, stradayushhimi nikotinovoj zavisimost'yu. *ANI: pedagogika i psixologiya*. 2018. No. 2 (23). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-perezhivaniya-vnutrilichnostnogo-konflikta-internet-addiktami-i-litsami-stradayuschimi-nikotinovoy-zavisimostyu.

5. Kolyadko S. P., Vorob'eva T. M. E'mocional'naya abstinenciya kak biopsixologicheskij fenomen v perexodny'x processax pri neravnovesnom gomeostaze e'mocional'nogo fonda. *Psixicheskoe zdorov'e*. 2014. No. 1. S. 12—15.

6. Semke, V. YA. Issledovatel'skie podxody' k klassifikacii pogranichny'x i addiktivny'x rasstrojstv. *Medicinskaya psixologiya v Rossii: e'lektron. nauch. zhurn*. 2012. No. 2. URL: http:// medpsy.ru.

7. Voloshyn P. V., Maruta N. O. Osnovni napriamky naukovykh rozrobok v nevrolohii, psykhiatrii ta narkolohii v Ukraini. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2017. T. 25, vyp. 1 (90). S. 10—18.

8. Denysenko M. M. Adyktsii khvorykh na nevrotychni rozlady (strukturnyi analiz). *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2017. Vyp. 3, tom 1 (131). S. 91—96.

9. Linskij I. V., Minko A. I., Artemchuk A. F. i dr. Metod kompleksnoj ocenki addiktivnogo statusa individa i populyacii s pomoshh'yu sistemy' AUDIT-podobny'x testov. *Visnik psixiatrii ta psixofarmakoterapii*. 2009. No. 2 (16). S. 56—70.

10. Kapczov A. V. Metodika dlya diagnostiki aktual'ny'x potrebnostej lichnosti. *Vestnik Samarskoj gumanitarnoj akademii. Seriya "Psixologiya"*. 2008. № 2 (4). S. 59—70.

11. Solomin I. L. Metodika psixosemanticheskoj e'kspress-diagnostiki motivacij. *Shkol'ny'e texnologii*. 2008. No. 1. S. 159—168.

Надійшла до редакції 11.05.2022

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: mdenisenko@ukr.net

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: mdenisenko@ukr.net