

pective study / [Hill S. Y., Steinhauer S. R., Locke-Wellman J., Ulrich R.] // Biol Psychiatry. — 2009 Oct 15;66(8):750—7. Epub 2009 Jul 29.

11. Лінський, І. В. Про співвідношення генетичних і середовищних детермінант в розвитку захворювань наркологічного профілю / І. В. Лінський, Л. О. Атраментова, Е. Г. Матузок // Український вісник психоневрології. — 1998. — Т. 6, вип. 3(18). — С. 97—99.

12. Линский, И. В. Соотношение генетических и средовых детерминант в развитии опийной наркомании у больных с различной прогрессивностью ее течения / И. В. Линский // Архив психиатрии. — № 3—4 (22—23), 2000, С.31—34.

13. Линский, И. В. Семейный анамнез как источник информации о предрасположенности к заболеваниям наркологического профиля // Український медичний часопис. — 2000. — № 5 (19). — С. 141—144.

14. Линский, И. В. Предрасположенность к заболеваниям наркологического профиля и прогрессивность опиомании / И. В. Линский // Таврический журнал психиатрии. — Симферополь, 2000. — Вып. 4, № 4 (15). — С. 22—25.

15. Hou, Q. F. Potential association of DRD2 and DAT1 genetic

variation with heroin dependence / Q. F. Hou, S. B. Li // Neurosci Lett. — 2009 Oct 23; 464(2): 127—30. Epub 2009 Aug 5.

16. Hurd, Y. L. Perspectives on current directions in the neurobiology of addiction disorders relevant to genetic risk factors / Y. L. Hurd // CNS Spectr. — 2006 Nov; 11(11): 855—62.

17. Genetic and environmental contributions to nicotine, alcohol and cannabis dependence in male twins / [Xian H., Scherrer J. F., Grant J. D. et al.] // Addiction. — 2008 Aug; 103(8): 1391—8.

18. Search for genetic markers and functional variants involved in the development of opiate and cocaine addiction and treatment / [Yufeyrov V., Levran O., Proudnikov D. et al.] // Ann N Y Acad Sci. — 2010 Feb; 1187: 184—207.

19. Мерфи, Э. А. Основы медико-генетического консультирования / Э. А. Мерфи, Г. А. Чейз. — М.: Медицина, 1979. — С. 389.

20. Гублер, Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. — М., Медицина, 1978. — 294 с.

Надійшла до редакції 12.01.2011 р.

О. В. Друзь

Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ»
(г. Киев)

Психоневрологические расстройства у родителей и риск формирования зависимости от опиоидов у их детей

Цель работы — оценка наличия психоневрологических расстройств у родителей как фактора риска формирования зависимости от опиоидов у их детей. Методом опроса респондентов и их матерей изучен семейный анамнез 270 больных, зависимых от опиоидов и 270 лиц без признаков какой бы то ни было зависимости. Проведено сравнительное исследование частоты основных классов психических, поведенческих и неврологических расстройств в данных группах. Установлено, что отягощенность семейного анамнеза пробанда расстройствами психоневрологического профиля — это достаточно надежный фактор риска формирования у него зависимости от опиоидов, а вот отсутствие такой отягощенности не является гарантией того, что у пробанда не разовьется указанная зависимость. Сделано предположение о том, что такая ситуация обусловлена существованием других влиятельных факторов, которые содействуют формированию у пробанда зависимости от опиоидов, даже в случае отсутствия отягощенности его семейного анамнеза расстройствами психоневрологического профиля.

Ключевые слова: зависимость от опиоидов, фактор риска, психоневрологические расстройства.

O. V. Druz'

Main military-medical clinical center "GNCH"
(Kyiv)

Psychoneurological disorders in parents and risk of formation of opioids' dependence in their children

The purpose of work is an estimation of presence psychoneurological disorders in parents, as risk factor of formation of opioids' dependence in their children. The family anamnesis of 270 opioids' depended patients and 270 persons without signs of any dependence was investigated by the method of interrogation of these respondents and their mothers. Comparative research of frequency of the main classes of mental, behavioral and neurological disorders in the given groups was carried out. It was established, that hereditary load of the probands family anamnesis with the psychoneurological disorders is a reliable enough risk factor of formation of opioid' dependences, but the absence of such hereditary load is not a guarantee that opioid' dependence will not develop. It is made assumptions that such situation is caused by existence of other influential factors which promote formation of opioid' dependence in proband, even in case of absence of hereditary load in his or her family anamnesis with the psychoneurological disorders.

Keywords: opioid' dependence, risk factor, psychoneurological disorders.

УДК 616.89-008.441.13-08

Л. В. Животовська, канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

КЛІНІКО-НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСІБ З ДИСТИМІЧНИМИ ХАРАКТЕРОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

У статті наведені клініко-динамічна характеристика та особливості структури нейропсихологічного синдрому у пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю з дистимічними характерологічними особливостями особистості. Це дозволяє підійти до вирішення питань більш диференційованого вибору методів терапії та реабілітації даного контингенту хворих.

Ключові слова: алкогольна залежність, дистимічні характерологічні особливості особистості, нейропсихологічний симптомокомплекс

Різномічним аспектам проблеми алкогольної залежності присвячена велика кількість наукових праць. Мультифакторна взаємодія різних ланок патогенезу

обумовлює складність даної проблеми. Теоретичною основою розвитку мультифакторних захворювань є концепція факторів ризику, що включають як індивідуальні особливості організму, так і зовнішні впливи та їх взаємодію [1].

Генетично закладені ендогенні та набуті екзогенні радикали при алкогользації змінюють патопластику та перебіг основних синдромів адикції, внаслідок чого вони набувають ознак атиповості, змінюючи реактивність до медикаментозної терапії [2]. Клініка психічних та поведінкових розладів, спричинених вживанням алкоголю, ускладнюється також резидуальною сомато-неврологічною патологією або симптоматикою, набутою в результаті тривалої токсичної дії на організм людини етанолу. При цьому в клінічній картині домінують

© Животовська Л. В., 2011

затяжні та резистентні афективні порушення астено-депресивного регістру, психопатоподібна симптоматика, що спричиняють посилення патологічного потягу та призводять до рецидиву хвороби. Доведено також, що недіагностовані депресивні розлади у хворих на алкоголізм ініціюють затяжні, виснажливі запої, гострі психотичні стани [3], суїцидальну мотивацію та збільшують прогресивність захворювання в цілому [4]. Алкоголь і депресія є взаємозв'язаними факторами, що прогресуюче знижують якість життя пацієнтів [5].

Хронічна інтоксикація етанолом викликає ураження практично всіх відділів центральної нервової системи, що призводить до порушень вищих психічних функцій, прогресування захворювання та несприятливих наслідків [6]. Однак, деякі аспекти формування мозкової дефіцитарності при алкогольній залежності залишаються недостатньо вивченими [7]. Регістр численних вегетативних та ендокринних порушень при афективних розладах свідчить про участь в розвитку та формуванні алкогольних депресій таких структур загальноадаптаційних механізмів як гіпоталамо-гіпофізарна система, а характерний комплекс порушень психічних функцій свідчить про участь в патогенезі численних зон кори великих півкуль — потиличних, тім'яно-скроневих, префронтальних, орбіто-фронтальних [8]. Центральне місце в нейропсихологічному підході займає виявлення порушень та збережених вищих психічних функцій, що дає основу для визначення функціонального стану головного мозку у даного контингенту хворих [9]. Використання нейропсихологічного аналізу дозволяє доповнити існуючі уявлення про характер мозкових порушень, які є підґрунтям алкогольної деградації, виявити найбільш чутливі до дії етанолу структури мозку, оцінити особливості пізнавальної діяльності у хворих з алкогольною залежністю.

Метою дослідження було вивчення клініко-динамічних та нейропсихологічних особливостей пацієнтів з дистимічними характерологічними особливостями особистості при алкогольній залежності.

Нами обстежено 290 хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю (ППРА), всі чоловіки, віком від 20 до 61 років (середній вік $35,9 \pm 2,5$ років). Нозологічну діагностику проводили відповідно до критеріїв МКХ-10. Оцінка важкості захворювання (етап, стадія) базувалася на класифікаціях І. Н. П'ятницької [10] та М. М. Іванца [11], в яких зберігається традиційний клініко-динамічний підхід, що відбиває загальну патологічну модель перебігу хронічних захворювань. В процесі дослідження важливе значення надавалося оцінці конституційно-особистісних особливостей хворих, при цьому з урахуванням преморбідних характерологічних особливостей особистості пацієнти були поділені таким чином: з характерологічними особливостями збудливого кола — 92 особи (31,7 %), астеничного кола — 59 (20,3 %), з синтонними характерологічними особливостями — 86 (29,7 %), з дистимічними — 53 (18,3 %) особи.

В даній роботі висвітлені клініко-нейропсихологічні особливості хворих з алкогольною залежністю з дистимічними характерологічними особливостями. В основну групу включено 53 пацієнта, всі чоловіки, віком від 20 до 59 років. Серед обстежених хворих основної групи у 14 хворих (26,9 %) відмічалася поєднання дистимічних та астеничних рис, у 11 (21,8 %) — дистимічних рис з рисами ригідності. У переважній більшості пацієнтів

тривалість захворювання становила від 3 до 17 років — 39 осіб (73,6 %). За стадіями захворювання хворі були розподілені таким чином: 1 та 1—2 стадія — 13 (24,5 %) осіб; 2-га стадія — 24 (45,3 %); 2—3 та 3 стадія — 19 (35,8 %). В групу порівняння було включено 30 практично здорових чоловіків у віці 25—59 років. Поряд з традиційними клініко-психопатологічним та патопсихологічним методами використовували нейропсихологічні методи дослідження за методикою А. Р. Лурія [12].

Клініко-анамнестичне вивчення захворювання показало, що вік початку систематичного зловживання алкоголем був досить варіабельним і коливався в діапазоні від 20 до 35 років. У більшості пацієнтів (71,7 %) етап систематичного зловживання алкоголем був досить коротким і не перевищував 2—3 роки, у 10 хворих (18,9 %) період систематичного зловживання складав від 3 до 5 років, у 5 (9,4 %) — більше 5 років.

При виникненні перших ознак захворювання патологічний потяг до алкоголю значною мірою був пов'язаний не стільки з ситуаційно-психологічними, скільки з внутрішніми факторами, переважно з афективними розладами. Так, при посиленні дистимічних проявів помітно посилювався і потяг до алкоголю, і лише при подальшому розвитку хвороби клінічні прояви алкогольної залежності починали приймати більш типові ознаки, що залежали вже від зовнішніх факторів. У більшості спостережень (69,8 %) досить рано виникав симптом «втрати контролю», що переважно обумовлювало найбільш ранній початок змінених, а також важких форм сп'яніння. При виникненні цих станів період ейфорії був короткочасним і переважно проявлявся збудженістю. В подальшому виникала пригніченість, нерідко мали місце і суїцидальні думки (35,84 %).

Перехід від 1 (початкової) до 2-ї стадії захворювання (1—2) відбувався достатньо швидко — за 3—4 роки. В структурі симптомокомплексу актуалізації потягу до алкоголю найбільш характерними були неврозоподібні розлади. В ці періоди пацієнти відмічали в себе зниження активності та працездатності, немотивовану тривогу, часом спалахи дратівливості, стан внутрішньої скутості, напруження. При цьому вони говорили про алкоголь як про засіб, що допомагає зняти такий стан. В ці періоди пригнічувався апетит, порушувалася сон, виникали надцінні ідеї самозвинувачення. Основною ознакою прогресування захворювання було формування алкогольного абстинентного синдрому, в структурі якого з самого початку найбільш характерними проявами було підвищене відчуття тривоги, знижений фон настрою, песимістична налаштованість по відношенню до себе та оточуючих. Вегетативні прояви відмічалися у незначній частини хворих (33,3 %) і клінічно проявлялися то відчуттям «жару», то «холоду», гіпергідрозом. Потяг до алкоголю був невираженим, а похмілля, як правило, мало відстрочений характер. Помітно, в 2—2,5 рази, зростала толерантність. Поряд з однократними алкогольними ексцесами виникали періоди зловживання алкоголем по 2—3 дні, обумовлені зовнішніми чинниками.

На 2 (середній) стадії симптоми актуалізації патологічного потягу до алкоголю ставали більш вираженими. Аутохтонне виникнення депресивних станів переважало над реактивно обумовленими. Своє самопочуття пацієнти характеризували як «стан душевного дискомфорту», вважали, що в організмі «чогось не вистачає, і він чогось потребує», при цьому позитивно оцінювали свій минулий досвід, коли алкоголь покращував

самопочуття. Слід відмітити, що форма зловживання алкоголем все більше набувала характеру циклічності. В стані сп'яніння ейфорія була невираженою, відмічалось зняття внутрішнього напруження, однак, як відмічали пацієнти, повністю розслабитися не вдавалось, незважаючи на значні дози алкоголю, що призводило до втрати як кількісного, так і ситуаційного контролю. Толерантність на цьому етапі підвищувалася в 3—3,5 рази. В структурі абстинентного синдрому відмічалися депресивні розлади, часто з чітко окресленим вітальним компонентом у вигляді добових коливань настрою, заниженої самооцінки, відчуття туги, деколи навіть з елементами інтелектуальної та рухової загальмованості. В структурі депресивних порушень поряд з ендogenousним компонентом значне місце займали психогенні утворення. У частини пацієнтів (45,3 %) в структурі афективних розладів на перший план виступав стан напруженості, тривоги, тужливо-злобного настрою, у другій частини (54,7 %) — збудженість з дратівливістю та гнівливістю. Тривалість таких розладів складала від 2 до 4 тижнів. Соматовегетативні та неврологічні порушення були присутні, але відступали на задній план. Характерними були прояви тахікардії, підвищення артеріального тиску на 15—20 мм рт. ст., в деяких спостереженнях мали місце диспептичні розлади. Щодо змін особистості на даному етапі захворювання, в першу чергу слід відмітити виражене посилення афективних проявів. Разом з тим, вже проявлялися риси, які характерні для алкогольних змін особистості — егоцентризм, необов'язковість, нехтування інтересами близьких. Тривалість 2-ї стадії становила від 5 до 7 років.

При подальшому розвитку захворювання, на етапі 2—3 та 3-ї стадії відбувалося ускладнення всієї клінічної картини. Патологічний потяг до алкоголю посилювався та часто мав неперервний характер. Перед початком запійних станів, як правило, виникали аутохтонні афективні порушення, що посилювалися до тривожно-депресивних станів з елементами дисфорій. Під час запоїв пияцтво мало одиночний характер з важкими, аж до оглушення, абзусами, вираженими абстинентними розладами та повною соціальною дезадаптацією. Практично повністю втрачався як кількісний, так і ситуаційний контроль. Толерантність до алкоголю, особливо разова, починала знижуватися. В картинах сп'яніння частими були дисфорії з суїцидальними думками. Характерні для хворих і виражені на цьому етапі захворювання депресивні розлади змішувалися з типовими алкогольними рисами зміни особистості. Так, у пацієнтів різко звужувалося коло інтересів, виникали байдужість, егоцентризм, цинізм, спостерігалось морально-етичне зниження.

Із обстежених пацієнтів 28 (52,8 %) осіб перенесли гострі алкогольні психози: стан відміни з делірієм без судом (F 10.40) — 12 (22,6 %), з судомами (F 10.41) — 12 (22,6 %), із них 15 (28,3 %) осіб в анамнезі мали деліріозні стани, у 1 (1,9 %) пацієнта був психотичний розлад, переважно галюцинаторний (F 10.52), у 3 (5,7 %) — маячний (F 10.51). У 5 (9,4 %) хворих діагностовано стан відміни з судомами (F 10.31), у 1 (1,9 %) — без судом (F 10.30), у 3 (5,7 %) — деменцію (F 10.73), у 3 (5,7 %) — амнестичний синдром (F 10.6). У 13 (24,5 %) осіб діагностовано ППРА, синдром залежності (F 10.20).

При проведенні нейропсихологічних тестів виявлено, що у всіх пацієнтів були присутні порушення когнітивних процесів, навіть при відсутності вираженої неврологічної

симптоматики. Найбільш вираженими в даній групі хворих були порушення оптико-просторової пам'яті, просторового та конструктивного праксису, рахунку. Також достовірно нижче результатів контрольної групи були результати тестів на слухо-мовну пам'ять, слухо-моторні координації, вербально-логічне мислення, динамічний праксис, експресивну мову, увагу, оптико-просторовий та тактильний гнозис. Результати виконання субтестів нейропсихологічного дослідження наведені в таблиці.

Результати нейропсихологічного дослідження (в балах)

№ з/п	Блоки завдань нейропсихологічної методики	Основна група (n = 53), бали, M ± m	Контрольна група (n = 30), бали, M ± m
1.	Експресивна мова	1,4 ± 0,26**	0,2 ± 0,19
2.	Розуміння мови та словесних значень	0,9 ± 0,12	0,3 ± 0,09
3.	Письмо	0,9 ± 0,23	0,1 ± 0,05
4.	Читання	0,8 ± 0,18	0,1 ± 0,07
5.	Рахунок	2,9 ± 0,22***	0,7 ± 0,04
6.	Конструктивний праксис	2,8 ± 0,25***	1,2 ± 0,18
7.	Динамічний праксис	2,1 ± 0,28**	0,8 ± 0,06
8.	Просторовий праксис	2,3 ± 0,14***	0,9 ± 0,12
9.	Слухо-моторні координації	1,9 ± 0,24*	1,2 ± 0,15
10.	Тактильний гнозис	1,6 ± 0,25**	0,4 ± 0,10
11.	Зоровий гнозис	1,8 ± 0,17	1,1 ± 0,09
12.	Оптико-просторовий гнозис	2,1 ± 0,16**	1,1 ± 0,05
13.	Оптико-просторова пам'ять	3,1 ± 0,22***	1,4 ± 0,12
14.	Слухо-мовна пам'ять	2,4 ± 0,23**	1,5 ± 0,17
15.	Мислення	2,3 ± 0,27**	1,2 ± 0,17
16.	Увага	1,9 ± 0,35**	0,8 ± 0,17

Примітка: * — різниця достовірна при p < 0,05;
 ** — різниця достовірна при p < 0,01;
 *** — різниця достовірна при p < 0,001

У 26 (49,0 %) обстежених було виражено сповільнення темпу виконання завдань. Для 15 (28,3 %) хворих була характерна підвищена імпульсивність, виснажливості та відволікання при виконанні завдань. Найбільш вираженими були розлади оптико-просторової пам'яті, що визначалися у 42 пацієнтів (79,2 %) при запам'ятовуванні ряду геометричних фігур. Крива запам'ятовування була знижена порівняно з контрольною групою як при дослідженні короткочасної пам'яті, так і при відтермінованому відтворенні. Таким же чином у 40 (75,4 %) осіб була порушена і слухо-мовна пам'ять. За тестами для оцінки стану пам'яті виявлені такі порушення: зниження продуктивності запам'ятовування в процесі запам'ятовування б та 10 слів, 9 геометричних фігур, підвищене гальмування слідів при запам'ятовуванні коротких серій по 3 слова, контамінації, конфабуляції, парафазії.

В інтелектуальній сфері у 15 осіб (28,3 %) відмічалась імпульсивність під час аналізу картинки, оповідання або у вирішенні задач, у 31 (58,4 %) — сповільненість та дезавтоматизованість рахунку, у 28 (52,8 %) — неможливість скласти програму вирішення задач, у 25 (47,2 %) — зниження процесів узагальнення, а у разі правильного узагальнення — утруднення при знаходженні узагальнюючого поняття. Оцінка нейродинамічної складової перебігу психічних процесів показала у 41 пацієнта (77,4 %) флюктуацію мнестичної діяльності та зниження розумової працездатності.

Слід зазначити, що в структурі нейропсихологічного синдрому в 77,4 % випадків були труднощі у вирішенні арифметичних задач у вигляді застрягання хворих на перших виконаних діях, що перешкоджало переходу до наступних, а також у вигляді неможливості змінити неправильний алгоритм рішення на правильний. В завданні на довільне запам'ятовування у пацієнтів цієї групи спостерігався феномен проактивного гальмування. Дослідження мовних функцій показало, що у 36 пацієнтів (67,9 %) мали місце порушення розуміння логіко-граматичних взаємозв'язків, сповільнення мовної активності в асоціативних процесах та інертність з частим повторенням стереотипних словосполучень. Хворі підтримували бесіду, але в умовах підвищеної важкості завдань (скоромовки) у 23 (43,4 %) хворих виявлялася дисфазія.

Серійний рахунок виявляв порушення концентрації уваги, коливання працездатності у вигляді зміни темпу діяльності, забування проміжного результату, персеверації, що спостерігалось у 40 осіб (75,5 %). При цьому в 56,6 % випадків виявлялися просторові помилки, що характерні для лівої тім'яної долі, а в 45,3 % — субдомінантні у вигляді пропусків десятків та помилок в межах одного десятка, що свідчить про зацікавленість правої півкулі. При виконанні проб на письмовий рахунок результати виявлялися вищими, але 16 (30,2 %) хворих не помічали помилок і виправляли їх тільки після підказки дослідника.

Порушення складних видів чутливості (відчуття локалізації дотику, дермоплексія, перенос поз пальців з однієї руки на іншу без контролю зору) складало в середньому по групі 56,6 %. Розлади оптико-конструктивної діяльності виявлялися у 38 хворих (71,6 %), а просторового праксису — у 39 (73,6 %), що свідчить про зацікавленість правої тім'яної ділянки. Порушення впізнавання ритмічних структур, які були виявлені у 27 осіб (50,9 %), поєднувалися з іншими нейропсихологічними симптомами, характерними для дисфункції лівої скроневої ділянки. У 9 хворих (16,9 %) відтворення ритму супроводжувалося персевераціями та монотонністю. Порушення динамічного праксису, що реєструвалися у 33 (62,2 %) пацієнтів в поєднанні з порушеннями слухо-моторних координацій, свідчать про включення в патологічний процес скроневої та задньолобних відділів головного мозку.

Проведене дослідження показало, що у пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю з дистимічними характерологічними особливостями локалізація кіркової дисфункції визначалася в тім'яних, задньолобних, скроневої та потиличних ділянках як лівої, так і правої півкулі. При цьому з поглибленням важкості клінічної картини відбувалося розширення нейропсихологічного симптомокомплексу з приєднанням до процесу нових мозкових структур, а саме медіобазальних відділів скроневої та лобних ділянок мозку. В цілому, для даної локалізації характерно своєрідне порушення нейродинамічних параметрів діяльності у вигляді парадоксального поєднання імпульсивності та ригідності, що формують синдром порушення пластичності психічних процесів.

Таким чином, отримані дані дозволяють оцінити особливості клініки та перебігу основного захворювання, виявити характер пізнавальної діяльності, а також визначити функціональний стан головного мозку, що важливо враховувати при проведенні лікувально-реабілітаційних заходів.

Список літератури

1. Alcohol consumption in a national sample of the Russian population / [Bobak, M., McKee, M., Rose, R. and Marmot] // *Addiction*. — 1999. — V. 94. — P. 857—866.
2. Білоус, С. В. Патоморфоз формування, клініки і перебігу хронічної алкогольної енцефалопатії / С. В. Білоус // *Таврический журнал психиатрии*. — 2002. — Т. 6, № 1(18). — С.55—56.
3. Кузьминов, В. Н. Некоторые аспекты патогенеза, клиники и лечения алкогольного делирия / В. Н. Кузьминов // *Международный медицинский журнал*. — 2002. — Т. 8, № 1—2. — С. 75—78.
4. Сосин, И. К. Клинические особенности алкогольной депрессии и новые подходы к ее лечению / И. К. Сосин [и др.] // *Архив психиатрии*. — Т. 10, вып. 1 (36). — 2004. — С.84—89.
5. Марута, Н. О. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольної залежності (діагностика та принципи лікування) : Методичні рекомендації / Н. О. Марута, О. І. Мінко. — Х., 2003. — 20 с.
6. Kunze, K. Metabolic encephalopathies / K. Kunze // *J. Neurol.* — 2002. — V. 249. — P.1150—1159.
7. Sampson E. L. Young onset dementia / E. L. Sampson, J. D. Warren, M. N. Rossor // *Postgrad. Med. J.* — 2004. — V.80. — P.125—139.
8. Пишель, В. Я. Нейробиология депрессивных расстройств / В. Я. Пишель, В. Б. Литвинов, О. О. Хоменко // *Архив психиатрии*. — 2003. — № 1 (32). — С.49—52.
9. Тархан, А. У. Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитарности у больных с алкогольной зависимостью / А. У. Тархан // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. — 2009. — № 1. — С.77—83.
10. Пятницкая, И. Н. Общая и частная наркология : Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. — М.: Медицина, 2008. — 640 с.
11. Иванец, Н. Н. Вопросы классификации наркологических заболеваний / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. В кн. *Руководство по наркологии* ; под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 189—197.
12. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека / А. Р. Лурия. — М.: Академический проспект, 2000. — 506 с.

Надійшла до редакції 20.12.2010 р.

Л. В. Животовская

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

Клинико-нейропсихологическая характеристика лиц с дистимическими характерологическими особенностями при алкогольной зависимости

В статье представлена клинико-динамическая характеристика и особенности структуры нейропсихологического синдрома у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя с дистимическими характерологическими особенностями личности. Это позволяет подойти к решению вопросов более дифференцированного выбора методов терапии и реабилитации данного контингента больных.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, дистимические характерологические особенности личности, нейропсихологический симптомокомплекс.

L. V. Zhyvotovska

Ukrainian medical Stomatological Academy (Poltava)

Clinical and neuropsychological description of persons with dysthymic features of character at alcoholic dependence

In the article clinical dynamic description and features of structure of neuropsychological syndrome is presented for patients with psychological and behavioural disorders because of the use of alcohol with dysthymic features of character. It allows to walk up to the decision of questions of more differentiated choice of methods of therapy and rehabilitation of this contingent of patients.

Keywords: alcoholic dependence, characterologic features of the person, neuropsychological syndrome.