

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

*О.В. Друзь***ТЕРАПІЯ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПОЇДІВ, НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Головний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ” (м. Київ)

Ключові слова: залежність від опіоїдів, реабілітація, прихильність, антидепресивна терапія, комплаєнс

Розлади емоцій є облігатною складовою психічного статусу хворих наркологічного профілю [1-4]. Вони безпосередньо пов’язані зі стрижневою ознакою станів залежності – потягом до об’єкту зловживання [5-10]. Афективна патологія створює додаткову мотивацію для вживання психоактивних речовин (в тому числі опіоїдів) і, водночас, – є одними з наслідків такого вживання [11-13]. Вона є одним з факторів, що сприяє прогресуванню основного захворювання – хімічної залежності [14-16].

З огляду на сказане, слід визнати, що терапія афективних розладів (в тому числі засобами фармакотерапії) у хворих, залежних від опіоїдів, має розпочинатись ще під час детоксикації і трива-

ти аж до стабілізації терапевтичної ремісії, охоплюючи весь період реабілітації.

Між тим, більшість доступних для аналізу програм реабілітації (як світських так і релігійних) не передбачає будь-якого медикаментозного лікування реабілітантів. Більш того, як свідчать доступні джерела, в Україні досі не вироблено стандартів реабілітації осіб, залежних від опіоїдів. Тому, зокрема, питання про можливість систематичної антидепресивної терапії, про її ефективність і, відповідно, доцільність на етапі реабілітації, залишаються відкритими. Саме тому метою цього дослідження стало визначення можливостей терапії афективних розладів у осіб, залежних від опіоїдів, на етапі реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Особи, залежні від наркотиків, як правило, духовно спустошені люди. Саме тому, останнім часом все більшого поширення набувають реабілітаційні програми, які ґрунтуються на тих чи інших релігійних доктринах і підтримуються відповідними церквами. За численними, хоча і недостатньо систематизованими свідченнями, кінцева ефективність таких програм вище, ніж реабілітаційних програм суто світського типу. Саме тому, дослідження про яке йдеться у цій статті, здійснювалось на базі релігійного реабілітаційного центру, а саме на базі центру православної реабілітації.

Як вже було сказано вище, в Україні досі немає затверджених державних стандартів реабілітації осіб, залежних від наркотиків (в т.ч. опіоїдів). Тим більш немає вітчизняних нормативних документів щодо функціонування реабілітаційних програм релігійного типу. Між тим, для розв’язання завдань цього етапу роботи, а саме для оцінки можливості систематичної антидепресивної терапії на етапі реабілітації та її ефективності, слід було мати саме стандартизовану систему реабілітації, для того щоб уникну-

ти додаткової невизначеності на етапі аналізу.

Саме тому реабілітаційний процес був організований відповідно до методичних рекомендацій Координаційного центру протидії наркоманії синодального відділу щодо церковної добродійності й соціального служіння Руської Православної Церкви “Методологія соціальної реабілітації наркозалежних у церковній громаді” [17]; з дотриманням вимог протоколу Z50.3 “Реабілітація хворих на наркоманію”, затвердженого наказом № 500 Мінздраву Російської Федерації від 22 жовтня 2003 року [18]; а також методичних рекомендацій 06/225/804 “Основні технології лікувально-реабілітаційної допомоги хворим на наркоманію”, затверджених так само Мінздравом Російської Федерації від 19 січня 2009 року [19].

Система реабілітаційних заходів, про яку йдеться, була реалізована в Центрі православної реабілітації (далі – Центр) у селищі Поліське Козелецького району Чернігівської області). Сюди потрапляли хворі, залежні від опіоїдів (після етапу детоксикації), які висловили відповідне бажання. В роботі Центру з наркозалеж-

ними використовувались стандартні наркологічні підходи, однак наголос робився на духовній складовій реабілітаційного процесу.

Вихід наркозалежної людини в стійку ремісію по закінченні реабілітаційного процесу, відновлення його соціального статусу не розглядається Православною Церквою (і, відповідно, Центром) як єдина мета. Кінцевою метою Церкви є підготовка людей до вічного життя, до якого Бог призиває всіх. Для людини, що потрапила в наркотичний полон, але відгукнулася на заклик Спасителя, подолання залежності стає необхідним кроком на шляху порятунку. Особливістю православної реабілітації в Центрі є органічне включення реабілітаційного процесу в життя церковної громади. Члени громади, що проводять реабілітацію, є співробітниками Божими, допомагаючи залежним людям переборювати придбану пристрасть, прилучаючи їх до внутрішньоцерковного життя, у якій з'єднується зміна світогляду залежних і максимально уможливується участь в Євхаристичному житті. Показником успіху православної реабілітації поряд зі стійкою ремісією залежного є сформована християнська ціннісна мотивація у повсякденному житті.

Процес реабілітації у Центрі розділено на чотири етапи: підготовчий, перший ("прийти до себе"), другий ("прийти до Бога") і третій ("повернутися до людей"). Назва кожного з етапів відбиває його мету. Основна мета кожного етапу розпадається на ряд внутрішньоетапних завдань, які утворюють єдиний ланцюг. При цьому, перехід вихованця від однієї ланки цього ланцюга до іншого відбувається не автоматично: виконання підсумкового завдання оцінюється всією громадою, вихователями й реабілітантами приймається рішення про доцільність переведення вихованця, що здає іспит, на наступний етап. Вихованець може перейти на наступний етап, якщо громада в цілому визнала його попередню роботу чесною і якісною.

Попередній етап (етап прийому до громади). Ціль етапу - знайомство й адаптація. Завдання - знайомство з насельниками й життям приходу, укладання угоди про реабілітацію (разом з поінформованою згодою щодо антидепресивної терапії на етапі православної реабілітації), первинне консультування родичів, збір первинної інформації, підготовка й проведення першої сповіді й підготовка до 1 етапу реабілітації. Тривалість етапу 1-2 тижня.

Етап 1. "Прийти до себе". Завдання етапу - вивчення природи залежності, подолання тяга до наркотику, вивчення власної історії жи-

вання, виділення духовної складової свого життя, виявлення основних життєвих проблем і перспектив, у підсумку одержання реального погляду на себе. Тривалість етапу 4-6 місяців.

Етап 2. "Прийти до Бога". Завдання етапу - діяльне вивчення основ церковного буття: віра як духовний досвід, вивчення аскетичних методів боротьби зі страстями, покаєння (гріх як помилка, генеральна сповідь, єпитимія й повернення боргів), проблеми статі (хибність постулатів сексуальної революції, цнотливість, гендерні розходження, церковний шлюб), пост і молитва, слухняність, ритм і закони духовного життя, церковні Таїнства, усвідомлення змісту страждань і постановка питання про зміст життя. Тривалість етапу 4-6 місяців.

Етап 3. "Повернутися до людей" (адаптаційний). Завдання етапу - вироблення соціальних навичок, аналіз і пророблення проблем, які виникають, написання стратегічного плану життя (на 1 рік), створення власної системи підтримки, підготовка до повернення в соціальне середовище (у світ). Тривалість етапу 3-4 місяці.

Загальна тривалість основного етапу реабілітації в ідеалі становила 18 місяців. Однак у реальності доводилось зважати на індивідуальні особливості кожного вихованця, а також на його життєві обставини.

Антидепресивна фармакотерапія (прийом циталопраму у дозі 40 мг/добу (по 20 мг per os двічі на добу протягом перших трьох місяців перебування у Центрі) була запропонована 176 особам, що мали наприкінці детоксикації депресивні стани різного ступеню важкості і розпочали антидепресивну терапію ще в ранньому постабстинентному періоді, і які взяли участь в програмі православної реабілітації. Однак, лише 97 осіб погодились підписати поінформовану згоду щодо антидепресивної терапії на етапі реабілітації і увійшли в першу групу порівняння, при цьому 79 осіб, що відмовились підписати поінформовану згоду щодо антидепресивної терапії на етапі православної реабілітації склали другу групу порівняння.

Шляхом повторних (семикратних протягом півторарічної реабілітації, а саме на 0-у, 10-ту, 30-ту, 90-ту, 180-ту, 360-ту та 540-ву добу з моменту завершення детоксикації) досліджень з використанням: шкали Hamilton-21 [20, 21]; визначали поточний афективний статус обстежених; а шляхом побудови кривих "виживання" Каплан-Мейєра [22] відстежували вплив антидепресивної терапії на прихильність пацієнтів до продовження участі у реабілітаційній програмі. Оброб-

ку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (кореляційний аналіз) на

ПЕОМ за допомогою програм SPSS та "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003"[23, 24].

Результати дослідження та їх обговорення

Результати терапії афективних розладів в ранньому та пізньому постабстинентних періодах

у осіб, залежних від опіоїдів зазначених груп порівняння подано у таблиці 1 та на рисунку 1.

Таблиця 1

Динаміка середньої виразності депресії (за шкалою Hamilton-21) в ранньому й пізньому постабстинентних періодах (ПП), а також на етапі ремісії у осіб, залежних від опіоїдів, різних груп порівняння

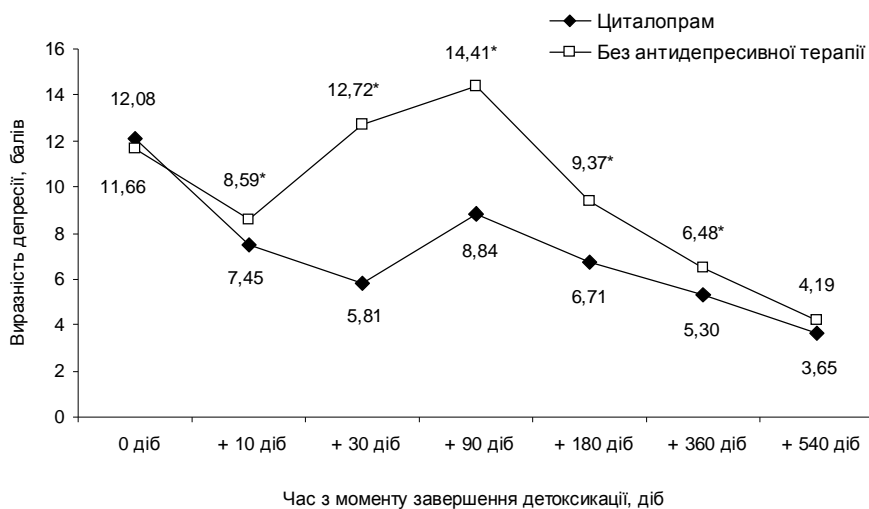
Час з моменту завершення детоксикації, діб	Середня виразність депресії в групах порівняння, балів	
	Циталопрам 40 мг/добу (перші 3 міс.)	Без антидепресивної терапії
0 діб	12,08 ± 0,23	11,66 ± 0,17
+ 10 діб	7,45 ± 0,32	8,59 ± 0,27*
+ 30 діб	5,81 ± 0,29	12,72 ± 0,19*
+ 90 діб	8,84 ± 0,38	14,41 ± 0,23*
+ 180 діб	6,71 ± 0,31	9,37 ± 0,22*
+ 360 діб	5,30 ± 0,31	6,48 ± 0,15*
+ 540 діб	3,65 ± 0,22	4,19 ± 0,10

Примітка: * - відмінність з групою хворих, що одержували циталопрам достовірна (p<0,05)

Легко помітити, що динаміка середньої виразності депресії протягом періоду спостереження в зазначених групах порівняння має багато спільного. Так, після цілком зрозумілого, майже синхронного зменшення інтенсивності депресивних симптомів в ранньому постабстинентному періоді в обох групах з'являється тенденція до зростання виразності депресії, яка досягає свого максимуму на 90 добу з моменту завершення детоксикації, після чого починається неухильне зменшення виразності депресивної симптоматики, яке триває решту періоду спостереження (аж до 18-го місяця). "Візуальне" уявлення про подібність динамік в групах порівнян-

ня підтверджується результатами кореляційного аналізу – між наведеними графіками існує достатньо міцний (r=0,66) і достовірний (p<0,01) кореляційний зв'язок.

Зазначений феномен погіршення афективного статусу хворих на опіоманію протягом 2-3 місяців після припинення вживання опіоїдів (навіть не дивлячись на антидепресивну терапію), був неодноразово описаний в літературі під назвою "сухої абстиненції" (або "другої хвилі абстиненції") і, за припущенням, пов'язаний з виснаженням адаптаційних механізмів організму в його намаганнях відновити "донаркотичний гомеостаз".



Примітки: *- відмінність з групою хворих, що одержували циталопрам достовірна (p<0,05).

Рис. 1. Динаміка середньої виразності депресії (за шкалою Hamilton-21) в ранньому й пізньому постабстинентних періодах (ПП), а також на етапі ремісії у осіб, залежних від опіоїдів, різних груп порівняння

Однак, разом із спільними рисами поміж описаними динаміками в зазначених групах порівняння є і істотні відмінності.

По-перше: в групі яка в пізньому постабстинентному періоді припинила антидепресивну терапію погіршення афективного статусу розпочалось майже негайно (на тридцятую добу середнє значення депресії за шкалою Hamilton-21 досягло $12,72 \pm 0,19$ балів, що достовірно ($p < 0,01$) більше, ніж на десяту добу ($8,59 \pm 0,27$ балів)), в той час як серед осіб, що погодились продовжувати антидепресивну терапію циталопрамом тривало зменшення виразності депресивної симптоматики ($5,81 \pm 0,29$ балів на тридцятую добу у порівнянні з $7,45 \pm 0,32$ балами на десяту добу, при $p < 0,05$).

По-друге: в групі яка в пізньому постабстинентному періоді припинила антидепресивну терапію пік “другої хвилі абстиненції” (на дев’яносту добу) був достовірно ($p < 0,01$) вище, ніж у осіб, що погодились продовжувати антидепресивну терапію ($14,41 \pm 0,23$ балів проти $8,84 \pm 0,38$ балів, або на 63,02 % більше).

По-третє: досягнутий протягом перших трьох місяців ефект поліпшення афективного статусу

у тих пацієнтів-реабілітантів, хто таку терапію приймав, зберігається протягом наступних дев’яти місяців: достовірні ($0,01 < p < 0,05$) відмінності з контрольною групою зберігаються аж до кінця першого року з моменту завершення детоксикації.

Таким чином, є всі підстави говорити про певну (і доволі тривалу) післядію проведеної антидепресивної терапії щодо афективного статусу.

В сучасній наркології і психіатрії прихильність пацієнта до реабілітаційної програми, рівень його комплаєнсу з учасниками мультидисциплінарної бригади, що реалізує її, розглядається як самостійний і дуже важливий показник ефективності зазначеної програми. Інтегральним (і об’єктивним) показником прихильності, про яку йдеться є тривалість утримання реабілітанта в реабілітаційній програмі. Тому наступний етап роботи, данні якого висвітлено в цій статті, був присвячений саме дослідженню тривалості утримання реабілітантів з різних груп порівняння у реабілітаційній програмі.

Результати цього дослідження подані нижче у вигляді класичних кривих “вибуття” побудованих за методом Каплан-Мейєра (табл. 2, рис. 2).

Таблиця 2

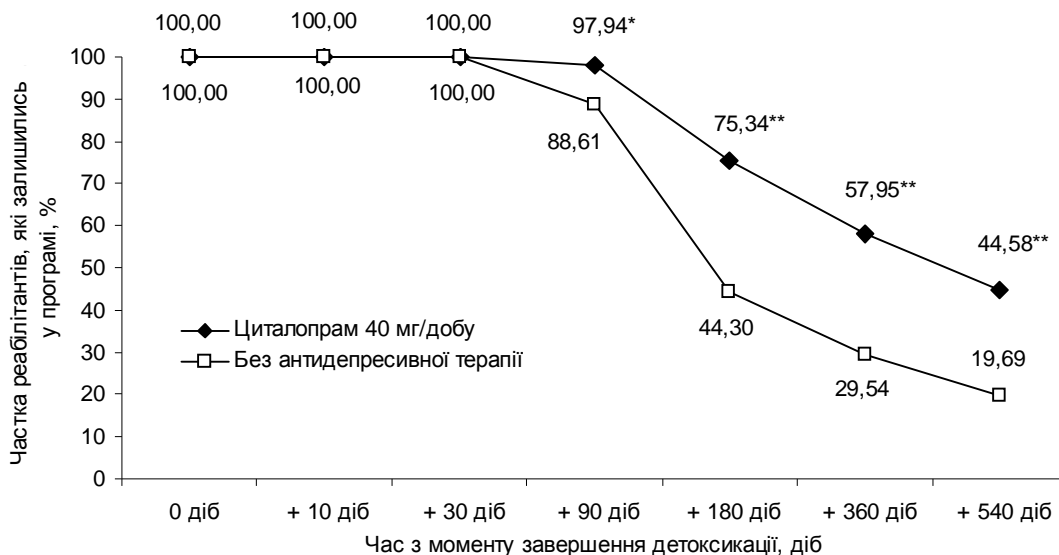
Динаміка вибуття з реабілітаційної програми осіб, залежних від опіоїдів, що належали до різних груп порівняння

Час з моменту завершення детоксикації, діб	Кількість реабілітантів, які залишились у програмі, балів			
	Циталопрам 40 мг/добу (перші 3 міс.)		Без антидепресивної терапії	
	Абс., осіб	Відн, %	Абс., осіб	Відн, %
0 діб	97	100,00	79	100,00
+ 10 діб	97	100,00	79	100,00
+ 30 діб	97	100,00	79	100,00
+ 90 діб	95	97,94	70	88,61 *
+ 180 діб	73	75,34	35	44,30 **
+ 360 діб	56	57,95	23	29,54 **
+ 540 діб	43	44,58	16	19,69 **

Примітки:
 * - відмінність з групою хворих, що одержували циталопрам достовірна ($p < 0,05$)
 ** - відмінність з групою хворих, що одержували циталопрам достовірна ($p < 0,01$)

Як можна бачити, протягом першого місяця прихильність, хворих залежних від опіоїдів, з різних груп порівняння до реабілітаційної програми була абсолютною (стовідсотковою). Однак, через 2-3 місяця розпочалось зменшення кількості реабілітантів, які продовжували свою

участь у програмі, при цьому протягом цього періоду з групи пацієнтів, які одержували циталопрам, вибуло 2 особи, а з альтернативної групи порівняння – 9 осіб ($p < 0,05$). Надалі відмінності між групами порівняння за цим показником неухильно зростали (табл. 2, рис. 2).



Примітки: * - відмінність з групою хворих, що не одержували антидепресивну терапію достовірна ($p < 0,05$). ** - відмінність з групою хворих, що не одержували антидепресивну терапію достовірна ($p < 0,01$).

Рис. 2. Динаміка вибуття з реабілітаційної програми осіб, залежних від опіоїдів, що належали до різних груп порівняння

На завершення півторарічного періоду реабілітації в групі пацієнтів, які одержували циталопрам, залишилось 43 особи (44,58 % від чисельності групи на початку реабілітаційного процесу), а в альтернативній групі порівняння – 16 осіб (19,69 %), тобто, за відносними показниками, в 2,26 рази менше ($p < 0,01$).

Таким чином слід відмітити, що навіть відносно короткий (3 місяці) курс антидепресивної терапії істотно поліпшує прихильність пацієнтів, залежних від опіоїдів, до участі у реабілітаційній програмі не тільки протягом самого періоду антидепресивного лікування, а і протягом подальшого (більше ніж річного) періоду реабілітації, що вказує на значну корисну “післядію” своєчасно призначених антидепресантів.

Висновки:

1. Доведено, що навіть відносно короткий курс антидепресивної терапії (циталопрам по 40 мг/добу протягом трьох місяців) у хворих, залежних від опіоїдів, істотно прискорює зворотний розвиток депресивної симптоматики; на 63,02 % зменшує гостроту афективних розладів протягом “другої хвилі абстиненції” ($8,84 \pm 0,38$ балів за шкалою Hamilton-21 в основній групі проти

14,41 \pm 0,23 29 балів в контрольній групі) і забезпечує достовірне ($0,01 < p < 0,05$) поліпшення афективного статусу пролікованих реабілітантів, протягом не менше як дев’яти місяців після завершення курсу антидепресантів (ефект післядії).

2. В результаті аналізу динаміки вибуття пацієнтів з реабілітаційної програми (за методом Каплан-Мейера), показано, що зазначений короткий курс антидепресивної терапії на початку реабілітаційного процесу істотно підвищує рівень комплаєнсу між пацієнтом і працівниками мультидисциплінарної реабілітаційної бригади і, відповідно, зміцнює прихильність хворого, залежного від опіоїдів, до реабілітації як такої, про що свідчить той факт, що наприкінці півторарічного періоду реабілітації в групі пацієнтів, які протягом перших трьох місяців одержували циталопрам, залишилось 43 особи (44,58 % від чисельності групи на початку реабілітаційного процесу), а в альтернативній групі порівняння – 16 осіб (19,69 %), тобто, за відносними показниками, в 2,26 рази менше ($p < 0,01$).

ТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Главный военно-медицинский клинический центр “ГВКГ” (г. Киев)

Цель работы - определить возможности терапии аффективных расстройств у лиц, зависимых от опиоидов, на этапе реабилитации. Обследовано 176 мужчин, зависимых от опиоидов, с депрессивными состояниями разной степени тяжести после детоксикации, из которых 97 человек (основная группа) в условиях православного реабилитационного центра, на протяжении трех месяцев получали антидепрессивную фармакотерапию (циталопрам 40 мг/пор), а 79 человек (контрольная группа) проходили курс реабилитации без фармакотерапевтического сопровождения. Путем семикратных на протяжении полугодового курса реабилитации (на 0-е, 10-е, 30-е, 90-е, 180-е, 360-е и 540-е сутки с момента завершения детоксикации) исследований с использованием шкалы Hamilton-21 оценена динамика аффективного статуса обследованных; а также, путем построения “кривых убытия” Каплан-Мейера, определено влияние антидепрессивной терапии на приверженность пациентов реабилитационной программе. Показано, что даже относительно короткий курс антидепрессивной терапии у больных, зависимых от опиоидов, существенно ускоряет обратное развитие депрессивной симптоматики; а также укрепляет приверженность пациентов этой категории реабилитации. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 76-81).

О.В.Друзь

THERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS IN OPIOID ADDICTED PATIENTS, AT THE REHABILITATION STAGE

Main military-medical clinical center “GNCH” (Kiev)

The work purpose is to define possibilities of therapy of affective disorders in opioid addicted patients, at the rehabilitation stage. It is surveyed 176 opioid addicted males, with depressions of different severity level after detoxication: 97 persons (the basic group) in the conditions of orthodox rehabilitation centre, during three months received antidepressive pharmacotherapy (citalopram 40 mg per day) and 79 persons (control group) passed a rehabilitation course without pharmacotherapeutic supports. By sevenfold researches during one-and-a-half-year rehabilitation course (on 0, 10-th, 30-th, 90-th, 180-th, 360-th and 540-th days from the moment of the end of detoxication) the dynamics of the affective status of patients was estimated with use of scale Hamilton-21; and also the influence of antidepressive therapy on adherence of patients to the rehabilitation program was defined by construction “survival curves” Kaplan-Meyer. It is shown, what even rather short course of antidepressive therapy in opioid addicted patients, essentially accelerates return development of depressive symptomatology; and also strengthens adherence of patients of this category to rehabilitation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 76-81).

Література

1. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам [Текст] / Н.Н.Иванец – Москва: НИИ наркологии МЗ России, 2000. – 154 с.
2. Винникова М.А. Ремиссии при героиневой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов). [Текст] / М.А. Винникова. Дис... докт. мед. наук: 14.01.17 / Москва: НИИ наркологии МЗ России.- 2003.-243 с.
3. Самойлова О.С. Комплексна діагностика і фармакотерапевтична корекція афективних розладів внаслідок вживання опіоїдів та психостимуляторів. [Текст] / О.С.Самойлова. Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.27 / Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України.- Харків, 2006.-20 с.
4. Агибалова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия) [Текст] / Т.В.Агибалова Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17 // Москва: НИИ наркологии МЗ России.- 2007.-20 с.
5. Воробьева Т.М. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий [Текст] / Т.М. Воробьева, П.В. Волошин, Л.Н. Пайкова Л.Н. [и др.]. “ Харьков : Основа, 1993. “ 176 с.
6. Гольдрин С.Э. Аффективные нарушения у больных опиоидной наркоманией в структуре опиоидного абстинентного синдрома и во время ремиссии [Текст] / С.Э. Гольдрин // Наркология.-2003.-№9.-С. 44-50.
7. Аймедов К.В. Мотиваційний профіль та афективні порушення при опійній залежності [Текст] / К.В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.-2004.-№2(6).-С. 65-73.
8. Fernandez L. Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects [Текст] / L. Fernandez, C. Cassagne-Pinel // Encephale.-2001.- Sep-Oct.,№ 27(5).- P. 459-574.
9. Baker T.V. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement [Текст] / T.V.Baker, M.E.Piper, D.E.McCarthy, M.R.Majeskie, M.C. Fiore // Psychological Review.-2004.- Jan.(1).- P. 33-51.
10. Dannon P. Comorbid psychiatric symptoms in pathological gamblers: anxiety, depression and substance abuse [Текст] / P. Dannon, M. Sason, B. Shalgi, L. Tusan, Y. Sapir, M. Kotler // Harefuah. -2004.- Sep.,№143(9).- P. 643-695.
11. Рохлина М.Л. Аффективные нарушения при героиневой наркомании [Текст] / М.Л.Рохлина, А.А.Козлов, С.О.Мохначев // Вопросы наркологии.-2002. -№1.-С. 20-26.
12. Coelho R. Depression and the severity of substance abuse [Текст] / R.Coelho, R.Rangel, E.Ramos, A.Martins, J.Prata, H. Barros // Psychopathology.- 2000.- May-Jun, №33(3).- P. 103-109.
13. Danielson C.K.. Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients [Текст] / С.К.Danielson, J.C.Overholser, Z.A. Butt // Canadian Journal of Psychiatry.- 2003.- Dec.,№48(11).- P. 762-797.
14. Синицкий В.Н. Патопсихологическая характеристика развития опиоидного абстинентного синдрома [Текст] / В.Н.Синицкий, Н.А.Стогний, Г.Е.Трофимчук, [та інші] // Архів психіатрії.-2002.- №4(31).-С. 78-81.
15. Литвинцев С.В. Применение оценки неспецифических адаптационных реакций организма при анализе качества ремиссий у больных опиатной наркоманией [Текст] / С.В.Литвинцев, В.К.Шамрей, Н.П. Медведев [та інші] // Наркология.-2003.-№7.-С. 18-20.
16. Balfour D.J. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? [Текст] / D.J.Balfour, D.L.Ridley // Pharmacology Biochemistry Behavioral.-2000.- May, 66(1). - P. 79-85.
17. Методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине // Лепта Книга – Москва – 2012. - 144 с.
18. Протокол ведения больных. Реабилитация больных наркоманией (Z.50.3) (утв. приказом Минздрава РФ от 22 октября 2003 г. N 500). 95 с.
19. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией // Методические рекомендации - Москва - 2009. -28 с.
20. Hamilton M. A rating scale for depression [Текст] / М Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.-1960.-№23.-P. 56-62.
21. Пишель В.Я. Стандартный инструментальный для скринирования, диагностики депрессии, оценки эффективности лечения [Текст] / В.Я.Пишель, Ю.А.Блажевич // Архів психіатрії.-2001.- №4(27).-С.93-96.
22. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. [Текст] / Р.Флетчер, С.Флетчер, Э.Вагнер Пер. с англ. – М. Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
23. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. [Текст] / Е.В. Гублер - М., Медицина, 1978. - 294 с.
24. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. – К.: Морион, 2000 – 320 с.

Поступила в редакцию 16.09.2012