

УДК: 616.89. – 008.441.13: 616.45 – 0011/3 – 037: 616.857

А.А. Артемчук

СОДРУЖЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СТАНОВЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия, психо-эмоциональная и неврологическая сферы, терапия

Материалы многочисленных исследований свидетельствуют об облигатном характере аффективных нарушений при алкогольной зависимости (АЗ) [1 - 5]. К их числу можно отнести: депрессию, резкие колебания настроения, аффективное напряжение, страх, тревогу, тоску, вялость и апатию. Все они тесно связаны с поведенческими расстройствами, имеют разную биологическую (нейрофизиологическую, биохимическую) и социально-психологическую почву, носят явный или скрытый характер и могут обуславливать клиническое содержание АЗ и металкогольных заболеваний: их манифестацию, обострение, рецидивирование, социальную и личностную декомпенсацию, исход и многое другое.

Аффективные расстройства, как и АЗ, манифестируют в подростковом возрасте, и, чаще всего, субъективно-тяжкими пароксизмальными тревожными состояниями, которые постепенно переходят в депрессию [6]. Многие исследователи подтверждают коморбидность АЗ и депрес-

сий. Последней придаётся определяющая роль в клинике АЗ и терапевтических ремиссий. Так, при исследовании 316 женщин с алкогольным злоупотреблением, у половины из них выявлены депрессивные расстройства; у 25% женщин с депрессией выявлена АЗ [7]. При изучении 298 мужчин во время стационарного противоалкогольного лечения и спустя 6, 9, 12 мес., выявлено рецидивирование АЗ в 2,5 – 4,9 раз чаще у лиц с проявлениями депрессии, чем без таких проявлений [5]. Частота и роль других аффективных нарушений при АЗ, в целом, и на различных этапах становления ремиссии остаются малоизученными.

Целью настоящей работы явилась разработка эффективных технологий диагностики, профилактики и лечения АЗ, коморбидной с аффективными, неврологическими и другими расстройствами, поиск биологических маркеров АЗ и аффективных нарушений на различных этапах становления терапевтической ремиссии.

Материалы и методы исследования

В течении 2000 – 2003 гг. в динамике пятикратно обследованы 168 больных АЗ (мужчины в возрасте от 18 до 62 лет): в состоянии острой алкогольной интоксикации (ОАИ); на фоне синдрома отмены алкоголя (СОА); после его купирования; на начальном этапе становления терапевтической ремиссии после стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко (СПТ) и в период полной терапевтической ремиссии.

Комплексность исследования достигнута применением следующих методов:

1. Клиническое, клиничко-анамнестическое и клиничко-катамнестическое исследование с помощью специальных анкет;
2. Неврологический осмотр по стандартной схеме, полное физикальное исследование (АД, Ps).

3. Экспериментально-психологическое исследование (тест дифференциальной самооценки функционального состояния – САН; С.Я. Рубинштейн, 1970 [8]; шкала реактивной и личностной тревоги – ШРЛТ; Ю.Л. Ханин, 1976 [9]; оценка продолжительности индивидуальной минуты; Е.И. Головаха, А.А. Кронин, 1984 [10]; цветовой тест Люшера; М. Люшер, 1966, адаптированный вариант Л.Н. Собчик, 1990 [11]; шкала самооценки депрессий Цунга; W.W. Zung, N.C. Durhan, 1965; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS) [12] и др.

Набор материала осуществлялся без специального подбора больных по мере их обраще-

ния за медицинской помощью.

В первую группу (I) вошло 45 больных, обследованных в состоянии ОАИ: спиртные напитки они употребляли в день исследования (28 чел.) или накануне (16 чел.). Во вторую группу (II) вошло 47 чел., обследованных на этапе острых явлений СОА (2-3 день трезвости, 19 чел.) и остаточных явлений СОА (4-7 день трезвости, 28 чел.). Третью группу составили 109 больных АЗ, обследованные на 10-30 день трезвости (III гр.), накануне стрессопсихотерапии. В период начала становления терапевтической ремиссии (1-2-й мес. после СПТ) обследованы 34 больных (IV гр.). И, наконец, в состоянии полной терапевтической ремиссии – V гр. (от 6 до 25 мес. трезвости) обследованы 18 больных АЗ.

Основная часть обследованных (89,22%) представлена лицами молодого и зрелого, наиболее трудоспособного возраста. Средний их

возраст на момент исследования составил $39,33 \pm 18,4$ лет. Разведены – 19,76% больных; находятся во втором браке – 21,56%. Прошли воинскую службу только 53,29% пациентов. Не служили в армии – 29,94% (по болезни, из-за судимости или другим причинам); комиссованы из армии по болезни – 16,77%.

Имеют неоконченное среднее образование – 11,38%; среднее-общее – 52,69%; неоконченное-высшее и высшее – только 17,2%. Квалифицированные рабочие составили 38,32% от всей выборки, рабочие низкой квалификации – 51,5%, служащие – 6,59%.

Таким образом, в число общепопуляционных характеристик данной выборки больных АЗ входят: молодой и зрелый возраст, признаки семейной и социальной декомпенсации, выраженные нарушения здоровья, низкие уровни образования и квалификации.

Результаты исследования и их обсуждение

Жалобы на аффективные расстройства в момент обращения за помощью, т.е. на разных этапах ОАИ и СОА, предъявили 127 чел. (76,05% обследованных). В структуре этих расстройств на первом месте «плохое настроение» (у 42,52% пациентов). На втором месте – «вялость и апатия» (у 40,12%). На третьем – «агрессивность» (у 26,75%). Далее, по нисходящей – «резкие колебания настроения» (у 20,36%), «тоска и страх» (у 14,97%), «депрессия» (у 11,38%). Наиболее частыми комбинациями жалоб в момент обращения за медицинской помощью были: агрессивность, тревога и резкие колебания настроения (у 9,58%); тоска, депрессия, вялость и апатия (у 7,19%).

На момент обращения за помощью больные испытывали и другие болезненные ощущения: головная боль (31,71%), повышенное потоотделение (30,5%), отсутствие аппетита (34,13%) и сна (22,75%), плохой сон с частыми пробуждениями (46,11%). Жалобы на соматическую сферу предъявляли 77,25% пациентов, в т.ч. на физическую слабость (35,93%), боли в сердце (27,55%), в области печени (13,17%), тошноту и рвоту (18,56%), понос (6,59%). Выраженное влечение к алкоголю отметили 47,31% обследованных.

Необходимо подчеркнуть, что все жалобы интегрируют в себя остаточные явления или последствия многочисленной соматоневрологической патологии, выявленной у обследованных больных АЗ, а также чисто алкогольные нарушения. В их числе: «перинатальный след» – последствия раннего органического повреждения

мозга внутриутробно, в родах (у 25,15%); последствия ЧМТ (у 41,32%); невротические расстройства типа энуреза (у 8,98%), заикания (у 6,59%); вегетодистонические и вегетососудистые неврологические синдромы (у 58,68%); сердечно-сосудистые болезни и расстройства (у 52,09%); оперативные вмешательства (у 28,34%); заболевания органов пищеварения (у 23,35%); инфекционные болезни (у 19,76%); болезни лёгких (у 26,95%).

Таким образом, у всех обследованных без исключения имеют место те или иные неврологические, соматические, невротические или психоаффективные нарушения, коморбидные по отношению друг к другу и к АЗ.

Материалы исследования больных АЗ непосредственно в период алкогольного опьянения (I гр. – 59 чел.) выявляют следующую структуру и распространённость психоэмоциональных расстройств: агрессивность, раздражительность – у 33,9% обследованных; тоска – у 11,86%; вялость, апатия – у 8,48%; тревога, психическое напряжение – у 6,78% и плохое настроение, депрессия – у 6,78%. (Таб. 1). Частота и структура неврологических синдромов при этом, составила: симптоматика энцефалопатии – у 83,05%, вегетососудистой дистонии (ВСД) – у 69,49%, ликворно-гипертензионного синдрома (ЛГС) – у 33,9%, астенического (астеноневротического – АНС, церебрастенического) синдрома – у 18,64%, ликворно-венозной дисциркуляции (ЛВД) – у 13,56% и эписиндрома (ЭС) – у 8,48% обследованных (Таб.2).

Частота и структура жалоб на аффективные нарушения у больных алкогольной зависимостью на различных этапах становления ремиссии (в %)

Исследования	Агрессивность, раздражительность	Тревога, страх	Тоска	Плохое настроение, депрессия	Вялость, апатия
I гр. (ОАИ) – острая алкогольная интоксикация)	33,90	6,78	11,86	6,78	8,48
II гр. (СОА)	78,57	7,14	14,29	9,52	16,67
III гр. (перед стрессо-психотерапией – 10-30 день трезвости)	55,56	11,1	11,1	14,82	14,82
IV гр. (после стрессо-психотерапии – начальный этап ремиссии)	66,71	-	5,88	2,94	14,71
V гр. (полная терапевтическая ремиссия)	44,44	-	-	-	11,11

Таблица 2

Частота и структура неврологических синдромов у больных АЗ на различных этапах становления терапевтической ремиссии (в %)

Клинические группы (этапы исследования)	Симптоматика энцефалопатии	Вегетососудистая дистония (ВСД)	Ликворно-гипертензионный синдром (ЛГС)	Ликворно-венозная дисциркуляция (ЛВД)	Астенический, астено-невротический, церебрастенический синдромы (АНС, ЦСС)	Эписиндром (ЭС)
I-(ОАИ – острая алкогольная интоксикация)	83,05	69,49	33,90	13,56	18,64	8,48
II-(СОА – синдром отмены алкоголя)	54,76	47,62	11,91	21,43	28,56	4,76
III-перед стрессо-психотерапией – 10-30 день трезвости)	51,85	51,85	11,11	18,82	7,14	7,41
IV-(после стрессо-психотерапии – начальный этап ремиссии)	52,94	58,82	23,53	14,70	20,58	14,71
V-полная терапевтическая ремиссия	33,33	33,33	0	22,22	11,11	0

На этапе СОА (II гр. – 47 чел.) резко увеличивается число жалоб на агрессивность и раздражительность (с 33,9% до 78,57%); вялость и апатию (с 8,48% до 16,67%); в то время, как представленность остальных психоаффективных расстройств возрастает незначительно (тоска с 11,86% до 14,29%); плохое настроение, депрессия – с 6,78% до 9,52%; тревога, психическое напряжение – с 6,78% до 7,14%). Одновременно, увеличивается представленность ЛВД (с 13,56% до 21,43%) и астеноневротического комплекса (с 18,64% до 28,56%), и уменьшаются проявления энцефалопатии, ВСД, ЛГС, ЭС (Таб.2).

На 8-30 день трезвости (III гр.) обследованы 27 чел., у которых, на этот период, сохраняются жалобы на высокую раздражительность и агрес-

сивность (у 55,56%), вялость и апатию (у 14,82%), и растёт число жалоб на тревогу, страх (до 11%), плохое настроение, депрессию (до 14,82%), что служит предвестником возможности возвращения части пациентов к употреблению спиртных напитков и обуславливает необходимость применения специальных лечебных фармакологических и психотерапевтических технологий. На этом этапе наиболее значительно снижается частота и выраженность АНС, симптоматика энцефалопатии.

Прямое исследование 34 больных АЗ сразу после СПТ – IV гр., обнаруживает сохранение таких психоэмоциональных расстройств, как агрессивность и раздражительность (у 66,67%), вялость и апатия (у 14,71%), при полной или

значительной редукции таких жалоб, как тревога, страх (0%), плохое настроение, депрессия (до 2,94%), тоска (до 5,89%). Вместе с тем, отмечается некоторое усложнение неврологического статуса: нарастание частоты ВСД (до 58,82 %), ЛГС (до 23,53 %), АНС (до 20,58 %), ЭС (до 14,71), что свидетельствует о процессах активной гомеостатической перестройки в организме после СПТ. Структура и частота сохраняющихся психоэмоциональных и неврологических нарушений на раннем этапе становления ремиссии обосновывает выбор терапевтической тактики и направление корректирующих усилий необходимых для перехода всех функций организма, обменных процессов в качественно новое состояние – состояние здоровья.

На этапе полной терапевтической ремиссии (V гр., 18 чел.) отмечена полная редукция всех психоэмоциональных расстройств, кроме агрессивности, раздражительности (44,44%) и вялости, апатии (11,11%), которые являются наиболее стойкими и требуют постоянной, многолетней терапевтической коррекции. На этом этапе полностью редуцируются такие невроло-

гические проявления, как ЛГС, ЭС; резко снижается представленность АНС (до 11,11 %), ВСД (до 33,33 %), энцефалопатии (до 33,33 %). Наиболее стойкими и частыми остаются проявления ЛВД.

Сопоставление частоты и структуры неврологических синдромов у больных АЗ с различными типами аффективных нарушений (Таб.3) показало, что наиболее выраженную неврологическую подоплёку при АЗ имеют: депрессивная симптоматика (у 73,01% больных с депрессиями выявлены проявления энцефалопатии алкогольного и смешанного – алкогольно-травматического характера; у 34,62% – ЛГС); жалобы на вялость и апатию (у 72,97% таких больных – признаки энцефалопатии; у 64,87% – ВСД; у 32,43% – ЛГС; у 27,03% – ЛВД; у 21,61% – АНС; у 16,22% – ЭС), изменения настроения по типу тоски (у 66,67% – энцефалопатия; у 70,83% – ВСД; у 29,17% – ЛВД). Таб.3. Наиболее выражены аффективные расстройства на фоне астенического, астеноневрогического синдромов, эпизиндрома, ликворно-гипертензионного синдрома и ликворно-венозной дисциркуляции.

Таблица 3

Частота и структура неврологических синдромов у больных АЗ с различными типами аффективных нарушений

Тип аффективных нарушений	Всего больных с энцефалопатией	Вегето-сосудистая дистония, вегето-сосудистый синдром (ВСД)	Ликворно-гипертензионный синдром (ЛГС)	Ликворно-венозная дисциркуляция (ЛВД)	Астенический, астено-неврогический, церебростенический синдромы (АНС)	Эпи. синдром (ЭС)
Агрессивность	51,35	54,05	18,92	24,32	21,02	8,11
Тревога, напряжение	64,0	64,0	32,0	10,00	24,0	12,0
Резкие изменения настроения	62,86	48,57	25,71	14,14	24,70	11,43
Депрессии	73,01	53,85	34,62	19,23	15,37	11,54
Тоска	66,67	70,83	25,0	29,17	20,83	12,50
Вялость, апатия	72,97	64,87	32,43	27,03	21,61	16,22
Сильно выражены	40,98	47,54	86,88	85,25	93,46	93,44

Лечение больных АЗ на всех этапах становления терапевтической ремиссии должно проводиться с учетом структуры и выраженности выявленных жалоб, а также аффективных нарушений и неврологических синдромов.

При наличии у больного агрессивных проявлений назначается финлепсин (антиконвульсант с выраженным седативным и антипсихотическим дозозависимым действием) по 100-400 мг 2-3 раза в день или галоперидол (нейролептик с антипсихотическим и седативным действием) до 10 мг в сутки, неупелтил (нейролептик корректор поведения с седативным действием), по 3-

10 мг 2-3 раза в сутки. Последний препарат показан к применению в состоянии острой алкогольной интоксикации (ОАИ), по 1-5 мг 2-3 раза в день.

Финлепсин способен снижать и эмоциональную напряженность, а в больших дозах (по 200-400 мг 2-3 раза) – страх, тревожные расстройства. С этой целью применяется и амитриптилин, который понижает выраженность аффективной симптоматики, обладает седативным действием (по 25 мг 2-3 раза в день), паксил (СИ-ОЗС с достаточным анксиолитическим и антифобическим действием, по 20-40 мг в день), цип-

рамил (СИОЗС сбалансированного действия, по 20-40 мг в день). Последние препараты не показаны к применению на этапе СОА.

При жалобах на вялость и апатию назначаются пирацетам – ноотроп стимулирующего действия по (1200-2400 мг в сутки), церебролизин, препарат оказывающий органоспецифическое действие на мозговую ткань (в\в по 10 мл в день), танакан – корректор метаболизма в мозговой ткани, (по 40-80 мг 3 раза в сутки), паксил (СИОЗС обладающий и антидепрессивным действием, по 20-40 мг в день), ципрамил, хорошо сочетающийся с другими лекарственными препаратами (по 20-40 мг в день), коаксил (заявленный, как антидепрессант сбалансированного действия, но в нашей практике наблюдается выраженный стимулирующий компонент препарата – по 1 таб. (12,5мг) 3 раза в сутки.

Больным с энцефалопатией и астеническим, астеноневротическим или церебрастеническим синдромами показаны: 5% р-р глюкозы – в\в по 200-400 мл; церебролизина – в\в по 10-20 мл в сутки; ноотропила – в\в до 2-4 г в сутки; кавинтона – в\в по 10 мг в сутки; магния сульфата 25% – в\в по 5-10 мл; тиамина и пиридоксина – в\м в терапевтических дозах; кокарбоксилазы - в\м по 50-100 мг в сутки; прием аминокислоты внутрь по 400-600 мг в сутки, танакана внутрь по 120-240 мг в сутки, паксил по 20 мг в сутки.

Лечение ВСД, которая редко встречается изолировано, можно проводить вышеприведенными препаратами, в комплексе с другими нарушениями, но с обязательной индивидуализацией в выборе доз лекарственных средств.

Ликворно-гипертензионный синдром в амбулаторных условиях достоверно снижался и даже полностью купировался при назначении пациентам диакарба (уменьшает образование спинномозговой жидкости) по 250 мг в день, 2 приема и 1 день перерыв, магне-В6 (с целью коррекции дефицита магния и нейронной возбудимости), фезама (пирацетам – повышает энергетический обмен в клетках мозга, обладает антигипоксическим действием, циннаризин – улучшает мозговое кровообращение, понижает тонус симпатического отдела ВНС), танакана (повышает перфузию ишемизированных тканей, повышает устойчивость к гипоксии).

Ликворно-венозная дисциркуляция купируется назначением комбинаций вышеперечисленных препаратов с добавлением в схему терапии троксевазина – препарата с противоотечным действием, противовоспалительным действием, по 2 капс. в сутки, гинкорфорт – комплексного пре-

парата, влияющего на венозные сосуды, по 2 капс. в сутки.

В результате проведенного исследования выявлена высокая частота типичных психоэмоциональных расстройств и неврологических синдромов, и изучена динамика их обратного развития в процессе купирования ОАИ, СОА и становления ремиссии после стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко. Наиболее частыми нарушениями психоэмоциональной сферы у больных АЗ является агрессивность, раздражительность, которая нарастает на этапе СОА и начала становления терапевтической ремиссии, снижается перед СПТ и в длительной ремиссии. Наиболее стойкими психоэмоциональными расстройствами являются агрессивность, раздражительность и вялость, апатия, которые, по-видимому, обусловлены биологической дефектностью активирующих систем мозга, сетчатой формации и требуют дополнительного лечения. Частота жалоб на тревогу, страх и плохое настроение, депрессию возрастает к этапу перед СПТ (III гр.); нет этих жалоб или они минимальны на начальном этапе становления ремиссии (IV гр.) и при полной ремиссии (V гр.). Этим изменениям в психоаффективной сфере на различных этапах становления терапевтических ремиссий соответствует динамика ведущих неврологических синдромов. Так, симптоматика энцефалопатии имеет максимальную частоту на этапе ОАИ (I гр.) и неуклонно снижается к этапу полной терапевтической ремиссии (V гр.), демонстрируя, четко выраженную обратимость, т.н. органической симптоматики.

Для начального этапа становления терапевтической ремиссии (IV гр.) остается характерным высокий процент сохранения симптоматики энцефалопатии, ВСД, ЛГС, АНС, ЦСС и ЭС. Наибольшую стойкостью у трети пациентов имеют проявления энцефалопатии и ВСД у пятой части – ЛВД, которые сохраняются даже на этапе полной терапевтической ремиссии.

Наиболее четко выявленные психоаффективные расстройства коррелируют с симптоматикой энцефалопатии и ВСД. Наиболее сильно выражены психоаффективные расстройства у больных АЗ с ЭС, АНС, ЛГС и ликворно-венозной дисциркуляцией.

Эти содружественные аффективные и неврологические нарушения нуждаются в направленном купировании фармакологическими и психотерапевтическими технологиями в моменты их максимальной встречаемости и выраженности на различных этапах становления терапевтической ремиссии.

СПІВДРУЖНІ ЗМІНИ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ В ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ СТАНОВЛЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕМІСІЇ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Комплексне дослідження 168 хворих на АЗ на різних етапах становлення ремісії (гостра алкогольна інтоксикація; синдром відміни алкоголю; до стресопсихотерапії і в стані повної ремісії) виявило структуру і частоту співдружних психоемоційних та неврологічних розладів. Найбільш частішими порушеннями з боку психоафективної сфери є агресивність, роздратованість; з боку неврологічної сфери – симптоматика енцефалопатії, вегетосудинної дистонії та лікворної гіпертензії. Найбільшою стійкістю відзначаються прояви агресивності, роздратованості та в'ялості, апатії, що вказує на суттєву дефектність активуючих та гальмівних систем мозку.

Такі психоемоційні порушення, як тривога, жахи, туга, поганий настрій, депресії і неврологічні розлади, як епісиндром, лікворно-гіпертензійний синдром, астено-неврологічний синдром повністю редууються у результаті спрямованої терапії вже на початковому етапі становлення терапевтичної ремісії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.103-108)

A.A. Artemchuk

JOINT CHANGES OF PSYCHOEMOTIONAL SPHERE AND NEUROLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE ON DIFFERENT STAGES OF ESTABLISHMENT OF A THERAPEUTIC REMISSION AND THEIR CORRECTION

Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology of the AMS of Ukraine

A complex investigation of 168 patients with alcoholic dependence on different stages of remission establishment (acute alcohol intoxication, AAS, before stress-psychotherapy, after stress-psychotherapy, and a complete remission) found out a structure and frequency of joint psychoemotional and neurological disorders.

On the side of the psychoaffective sphere an aggressiveness and irritability, and on the side of neurological sphere symptoms of encephalopathy, vegetative vessel dystonia, and liquor hypertension are the most prevalent disorders. The steadiest affective disorders are manifestations of aggressiveness, irritability and inertness, apathy, that indicates a significant deficiency of brain activating and inhibiting systems.

Psycho-emotional impairments such as anxiety, fear, anguish, depressed mood, depressions and neurological manifestations such as episynndrome, liquor hypertensive syndrome, astheno-neurological syndrome are reduce completely as a result of directed treatment to a beginning stage of an establishment of therapeutic remission. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.103-108)

Литература

1. Болотова З.М., Артемчук А.П., Мануйленко Ю.О. з співав. Лікування та профілактика рецидивів алкоголізму. Метод рекомендації – Харків, 1993 – 23с.

2. Воробьева Т.М., Волошин П.В., Пайкова Л.Н. с соавт. Нейрофизиология патологических влечений: алкоголизма, токсикомии наркоманий. Харьков: Изд. “Основа” при Харьковском университете - 1993 – 176 с.

3. Ковалёв Ю.В., Золотухина Д.Н. Депрессия, клинический аспект. М.: Медицинская книга. – Н. Новгород: Изд. НГМА, 2001 – 144с.

4. Артемчук А.Ф. Биологические основы пароксизмальных состояний в клинике алкоголизма. Український медичний альманах (Додаток). Том3, №2, Луганськ, 2000, с. 6-8.

5. Curran M., Flynn H.A., Kirchner J. Depression after alcohol treatment as a risk factor for relapse among male veterans. Journal of Substance Abuse Treatment. 2000; 19, 259-265.

6. Dixit A.R., Grum R.M. Prospective Study of Depression and

the risk of heavy alcohol use in women. American Journal of Psychiatry 2000; 157; 751-758.

7. Spak L., Spak F., Allebeck P. Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000; 102, 44-51.

8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: Медицина, 1970 – 214 с.

9. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности. М.: ЛНИИФК, 1976 – 18 с.

10. Головаха Е.И., Кронин А.А. Психологическое время личности. Киев: Наукова думка, 1984 – 208 с.

11. Собчик Л.Н. Методическое руководство. Метод цветовой выборки (Модифицированный цветовой тест Люшера). М.: Всесоюзный НИИМТ, 1990 – 97 с.

12. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001, - 256 с., илл.

Поступила в редакцию 13.05.2004