

Aimetov K. V., Vozny D. V. Substantiation and analysis of adaptive model of medical-and-social rehabilitation of alcohol dependent persons introduction efficacy. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(9):1015-1027. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.265663> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4214>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.09.2016. Revised 24.09.2016. Accepted: 30.09.2016.

SUBSTANTIATION AND ANALYSIS OF ADAPTIVE MODEL OF MEDICAL-AND-SOCIAL REHABILITATION OF ALCOHOL DEPENDENT PERSONS INTRODUCTION EFFICACY

K. V. Aimetov, D. V. Vozny

Odessa National Medical University, Ukraine

Summary

The Authors describe the results of their researches as to implementation of adaptive models of health and social care for alcohol dependent persons. The developed and implemented adaptive systems based on certain factors and realized in a certain clinical establishment with standard technology BRENDA in the presence/ absence of the prolonged pharmacological support are compared. Clinical peculiarities of alcohol dependence and biological, social and psychological factors disrupt remission in alcohol – dependent persons were revealed. To achieve the objectives set, a program included several stages: initial clinical psychological diagnosis, identification of relapses key risk factors of alcohol dependence, implementation of adaptive models of medical and social rehabilitation, and assess the effectiveness of implemented models, creation of proposals for implementation of the proposed adaptive model medical and social rehabilitation were created.

Key words: alcohol dependence, adaptive model, and social rehabilitation.

ОБГРУНТУВАННЯ ТА АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ АДАПТИВНОЇ МОДЕЛІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

К. В. Аймедов, Д. В. Возний

Одеській національний медичний університет, Україна

Актуальність проблеми. Зловживання алкоголем – другий після трудової міграції фактор катастрофічного спаду кількості населення України [5]. У багатьох країнах світу, в тому числі в Україні, серед загальної кількості спожитої алкогольної продукції більш ніж половина припадає на міцні напої нелегального виготовлення, проте причини смерті від зловживання алкоголем полягають не тільки в численних фактах випадкових отруєнь [11]. У більшості випадків смертність зумовлена нещасними випадками та насиллям, окрім цього – серцево-судинними, інфекційними, онкологічними та іншими захворюваннями, причиною виникнення яких було зловживання алкоголем [6].

За даними вітчизняних та зарубіжних даних статистики, більша половина вбивць на момент скоєння злочину перебувають у нетверезому стані, близько 40 % самогубств також скоюють у стані алкогольного сп'яніння, 50 % смертельно травмованих у дорожньо-транспортних пригодах гинуть з підвищеним вмістом алкоголю в крові [10]. Окрім цього, в стані алкогольного сп'яніння щорічно скоюються численні злочини: зґвалтування, хуліганства, крадіжки, заподіяння тяжкої шкоди здоров'ю [4, 8].

Вік перших спроб вживання алкогольних напоїв знизився до 14 років, майже третина неповнолітніх в окремих областях України щоденно вживають спиртні напої, раннє залучення молоді до вживання алкоголю в декілька разів збільшує ризик розвитку синдрому алкогольної залежності.

Економічні втрати внаслідок алкоголізації населення завдають суттєвої шкоди соціально-економічному розвитку країни.

В такому становищі вкрай необхідним є впровадження комплексу заходів правового, соціального, економічного, медичного, освітнього та іншого характеру по урегулюванню епідеміологічного становища в цій області. Однією з таких необхідних мір є наявність ефективної допомоги особам, залежним від алкоголю, в досягненні довгострокової ремісії.

Відомо що, складана, біопсихосоціальна природа адиктивних розладів зумовлює необхідність застосування для їхнього усунення таких саме складних, комплексних лікувально-реабілітаційних заходів [3, 9].

Перелік і можливості фармакотерапевтичних засобів з доведеною ефективністю для лікування залежності від алкоголю є досить обмеженими, тому увага дослідників-клініцистів сьогодні зосереджена на вдосконаленні психосоціального компоненту лікувально-реабілітаційних програм [2].

Перспективним напрямом вдосконалення програм психосоціальної підтримки залишається їх адаптація до вимог представників цільового контингенту, до особливостей умов їхнього життя та менталітету.

Вищезазначене зумовлює актуальність і необхідність даного дослідження [1, 7].

Матеріали та методи дослідження. На базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» впродовж 2010-2016 рр. було обстежено 296 чоловіків у віці від 28 до 60 років, які мали алкогольну залежність та досвід лікування і госпіталізації з приводу алкоголізму. Всі досліджені особи були розподілені на дві групи: до групи дослідження (ГД) були включені особи з синдромом залежності від алкоголю, які дали згоду на участь в програмі «Адаптивна модель медико-соціальної реабілітації» (АММСР) протягом стаціонарного та амбулаторного періодів лікування; до групи порівняння (ГП) увійшли особи, які отримували стандартне лікування від алкогольної залежності в умовах медичного стаціонару та психосоціальну підтримку за технологією BRENDA.

В дослідженні використовували: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний методи.

Викладення основного матеріалу. Психодіагностичне дослідження чоловіків, хворих на АЗ, дозволило виявити притаманні їм психоемоційні особливості, а саме: підвищення рівня тривожності (в ГД – 90,70 %; в ГП – 91,12 %), високий рівень невротизації (в ГД – 91,28 %; в ГП – 91,13 %), високий рівень ригідності (в ГД – 76,16 %; в ГП – 79,03 %), алекситимічні тенденції (в ГД – 93,02 %; в ГП – 92,74 %).

Найвищі значення в групі комунікативних факторів було отримано дослідженими ГД (7,2 бали) та ГП (6,7 балів) за показником А (комунікабельність). Такі досліджені характеризувались товариськістю, безтурботністю, невимушеністю. Підвищений настрій, характерний для всіх пацієнтів, деколи межував з дурашливістю. Хворі надавали перевагу поведінці підкорюваній та залежній від оточуючих.

Середні (з тенденцією до низьких) бали за фактором Е (домінантність) (ГД – 4,1 бал; ГП – 4,2 бали) у поєднанні з низькими балами за фактором Q2 (самостійність) (ГД – 3,0 бали; ГП – 2,8 бали) свідчили про низький лідерський потенціал досліджених ГД та ГП. При цьому лідерські функції могли проявлятися у звичних життєвих ситуаціях, розвиток яких можливо було передбачити, або в ситуаціях, пов'язаних з власними інтересами. Проте хворі схильні були уникати ситуацій, що потребували власної відповідальності за прийняття рішень, відчували напругу при необхідності самостійно долати перешкоди на шляху до мети. Характерним було зниження показників за факторами В (інтелектуальність) (ГД – 4,2 бали; ГП – 3,9 балів) та Q1 (сприйняття нового) (ГД – 3,4 бали; ГП – 3,2 бали) в групах дослідження. Обстежені хворі характеризувались переважанням в структурі інтелекту конкретного, практично орієнтованого мислення. Найвищий бал у групах досліджених було отримано за фактором Н (сміливість в соціальних контактах) (ГД – 8,1 бал; ГП – 8,3 бали), що свідчить про комунікабельність, схильність до ризику, імпульсивність, розгальмованість, емоційність, безтурботність.

Низькі значення, отримані дослідженими за фактором С (емоційна стійкість) (ГД – 3,7 балів; ГП – 3,6 балів), свідчили про те, що відношення пацієнтів до виникаючих ситуацій було здебільшого емоційним. Також низькими в досліджених пацієнтів були значення за фактором Q4 (напруженість) (ГД – 3,4 бали; ГП – 3,8 балів). Досліджені відзначались млявістю, апатичністю, проявляли лінощі, мотивація до дій була здебільшого зниженою. Низькі значення, отримані пацієнтами ГД та ГП за фактором G (ГД – 2,7 бали; ГП – 2,8 бали), у поєднанні з низькими значеннями за фактором Q3 (ГД – 3,2 бали; ГП – 3,4 бали) свідчили про неорганізованість, невміння планувати та раціонально розподіляти власний час, некритичну оцінку власних можливостей, вільне відношення до норм моралі.

Середній показник відтворення слів при виконанні методики «10 слів» А. Р. Лурія склав $7,2 \pm 0,4$, що відповідало не різко вираженому зниженню пам'яті. Крива запам'ятовування у осіб обох груп, хворих на АЗ спочатку збільшувалася, а потім зменшувалася, спадала вниз – це свідчило про виснаженість уваги, забудькуватість, астенію та зниження ефективності запам'ятовування вербального матеріалу. За результатами вивчення параметрів уваги у чоловіків, хворих на АЗ, виявлено зниження показників у більшості досліджених. Так, зниженням стійкості уваги характеризувалися 63,37 % чоловіків ГД та 66,94 % осіб ГП; порушення концентрації уваги спостерігались у 72,09 % хворих ГД та 74,19 % пацієнтів ГП; зниження

можливостей розподілу уваги характеризувало 75,00 % чоловіків ГД та 71,77 % досліджуваних ГП; низький рівень переключення уваги зустрічався у 67,44 % хворих ГД та 62,90 % пацієнтів ГП.

Більшість досліджених ГД та ГП мали середню або середню спеціальну освіту (ГД – 51,75 %; ГП – 52,42%). Вищу освіту в ГД здобули 45,93 % осіб, з них – 1,16 % отримали дві вищих освіти або здобули науковий ступінь. В ГП вищу освіту мали 45,16 % досліджених, з них – 1,61 % мали диплом про закінчення двох ВНЗ або отримали науковий ступінь. Неповну середню освіту отримали 2,33 % чоловіків ГД та 2,42 % осіб ГП.

На момент обстеження в шлюбі перебували 48,83 % чоловіків ГД; з них перебували у шлюбі, але проживали окремо – 1,74 % пацієнтів. Серед чоловіків ГП в офіційному шлюбі перебувало 48,38 %; проживали окремо, перебуваючи у шлюбі – 1,61 %. 25,58 % хворих ГД та 24,19 % пацієнтів ГП мали постійних партнерів, співмешкання з якими не було зареєстрованим. Розлученими, на момент обстеження, були 11,05 % осіб ГД та 12,10 % чоловіків ГП. Не перебували у шлюбі 14,53 % хворих ГД та 15,32 % пацієнтів ГП.

Більшість осіб мали незадовільне матеріальне положення, яке відзначалось в ГД у 63,95 %; в ГП – у 62,10 % випадків. Середній статок в ГД мали 25,58 % чоловіків, в ГП – 26,61 % осіб. Рівень матеріального забезпечення вище середнього мали 10,47 % пацієнтів ГД та 11,29 % осіб ГП.

Домінуючими у всіх поколіннях по обох групах дослідження були нервово-психічні розлади. Предиспонуєчим чинником виникнення алкогольної залежності у пробанда була наявність АЗ у пращурів та сіблінгів, або НЗ у сіблінгів, або ПЗ у сіблінгів та нащадків. Прояви СТ були незначними в обох групах дослідження. За всіма показниками, наведеними в таблиці, різниця між ГД та ГП є недостовірною ($p > 0,05$).

Адаптивна модель медико-соціальної реабілітації розроблялась нами відповідно до виявлених факторів, які підтримували захворювання. У біологічному контексті – це фармакотерапія, в психологічному – психокорекційна або психотерапевтична допомога, у соціальному – допомога сім'ї або окремому її члену, інші соціальні втручання (табл. 1).

Таблиця 1

Мішені та інтервенції терапевтичного впливу алкогользалежним особам

Контекст	Мішені впливу	Інтервенції впливу
Біологічний	Хімічна залежність	Фармакотерапія
	Наявність синдрому відміни	
	Алкогольний психоз	
	Алкогольна інтоксикація	
	Патологічний потяг до алкоголю	
	Соматичні ускладнення	
Психологічний	Високий рівень тривожності	Арт-терапія
	Депресивні тенденції	
	Високий рівень невротизації	
	Патологічна мотивація	КПТ
	Ригідність	
	Алекситимія	
	Деадаптивні особливості особистості	
	Когнітивні порушення	
Соціальний	Деадаптивні копінг-стратегії поведінки	КПТ
	Співзалежні члени родини	Індивідуальні консультації Тренінг соціальних навичок Психотерапевтичні групи для співзалежних осіб Клуб співзалежних
	Порушення взаємовідносин в родині	
	Низький рівень освіти	
	Низький рівень матеріальних статків	Психоосвіта
		Майстерні, клуби

Чоловікам, хворим на алкогольну залежність, було надано комплексну фармакотерапевтичну та психотерапевтичну допомогу.

Головними цілями терапії алкогольної залежності були наступні: купування метаалкогольного психозу, нівелювання проявів синдрому відміни алкоголю та синдрому гострої алкогольної інтоксикації, найбільш повна нормалізація функцій організму, формування відрази до спиртних напоїв та формування стійкості хворих по відношенню до численних негативних факторів соціального середовища, створення психофізіологічних передумов збереження тривалих ремісій.

Основні засади фармакотерапії відповідали клінічним протоколам надання медичної допомоги хворим з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю згідно стандартів затверджених Наказом МОЗ України від 21.09.2009 р. за № 681.

Для встановлення впливу чинників ризику рецидиву алкогольної залежності була використана інформація щодо хворих, які мали зрив ремісії: було проаналізовано дані щорічних статистичних звітів, опитування родичів, а також опитування самих пацієнтів, за спеціально розробленою анкетою. Інформація, отримана з анкет, була доповнена лікарями і уточнена. Рецидивом захворювання вважали відновлення основної симптоматики алкогольної залежності (втрата контролю, синдром відміни алкоголю, функціональна неспроможність). Дані наведено в табл. 2.

З таблиці можна бачити, що в кожній з груп чинниками ризику рецидивів АЗ були фактори, віднесені до різних груп. В усіх групах дослідження найбільш представленими були ЧРРАЗ психологічної та соціальної груп (ГП1 – 92,86 % / 94,65 %; ГП2 – 79,40 % / 82,34 %; ГД1 – 48,18 % / 62,64 %; ГД2 – 39,33 % / 47,20 %). Отримані дані свідчать про достовірну різницю між групами ГП та ГД за значущістю психологічних та соціальних чинників ризику рецидивів АЗ ($p < 0,05$). Ми пов'язуємо це з тим, що впродовж проведення психокорекційного блоку терапії в ГП1 та ГП2 здійснювався цілеспрямований вплив саме на психологічні та соціальні дезадаптивні характеристики, які в наступному було класифіковано як ЧРРАЗ. При цьому достовірною меншою впливовістю соціальних ЧРРАЗ відмічалась в ГД2 у порівнянні з ГД1 за ($p < 0,05$), що свідчило про більшу ефективність комплексного впливу, який включав соціальний супровід алкоголь залежних осіб та їх родичів на амбулаторному етапі. Даний факт підтверджувався також віднесенням відсутності комплексності лікування до ЧРРАЗ, як безпосередньо хворими, так і їх родичами.

Після проведеної комплексної допомоги оцінка клінічного стану досліджених за тестом І.К. Сосіна продемонструвала, що середній бал в групі ГД зменшився з 11,1 до 6,7 балів, що відповідає високому ступеню імовірності алкогольної залежності, а в ГП з 11,7 до 7,9 балів, що, за умовами тесту, є межею між високою імовірністю алкогольної залежності та наявністю алкогольної залежності. Аудит-тестом у групі ГД пацієнти з зони IV, умовно перемістились до зони II з балом 13,8 на відміну від ГП де середній бал складав 19,6, що відповідає межі між зоною III та IV. Отримані результати вказують на необхідність тривалої підтримки хворого у стані ремісії.

В рамках дослідження нами надано оцінку не лише повних ремісій, але й часткових та неповних, що відповідає сучасним поглядам на наркологічну науку та критеріям, наведеним у додатках МКХ-10, де неповні ремісії – це утримання від прийому алкоголю терміном менш ніж півроку; часткові ремісії – епізодичний прийом алкоголю зі зменшенням дози.

Таблиця 3

Розподіл досліджених за типом ремісії, (%)

Групи дослідження	Тип ремісії			p
	неповна	часткова	повна	
ГП1 (n=56)	53,57	33,93	12,50	p=0,0798
ГП2 (n=68)	51,47	32,35	16,18	p=0,0561
ГД1 (n=83)	59,04	21,68	19,28	p=0,0482
ГД2 (n=89)	51,69	21,34	26,97	p=0,0475

Примітки.* – різниця є достовірною (p<0,05).

Як можна бачити з таблиці, більш половини ремісій по всіх групах були неповними. Часткові ремісії переважали у групах ГП. Повних ремісій більше всього досягнуто у групах ГД, особливо – у ГД2, що обумовлено комплексністю наданої терапії.

За сучасним законодавством термін обов'язкового диспансерного обліку та профілактичного спостереження становить для хворих на алкоголізм не менше трьох років. Наявність ремісії повинна бути підтверджена об'єктивними даними, які ми збирали у родичів хворого за допомогою телефонного зв'язку, а також патронажу хворого за участю волонтерів. Початком ремісії вважали день виписки з наркологічного стаціонару (див. табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл досліджених за терміном ремісії з урахуванням груп динамічного спостереження

Групи дослідження	Термін ремісії		
	до 1 року	1-2 роки	2-3 роки
ГД1 (n=83)	60,24±5,37	36,14±5,27	19,28±4,33
ГД2 (n=89)	80,90±4,17*	49,44±5,30*	26,97±4,70*
ГП1 (n=56)	55,36±6,64	26,79±5,92	12,50±4,42
ГП2 (n=68)	76,47±5,14*	41,18±5,97	16,18±4,47

Примітки.* – різниця є достовірною (p<0,05).

Як свідчить таблиця, найкращі однорічні ремісії отримано в ГД2 та ГП2 (відповідно, 80,90 % та 76,47 %), в яких крім детоксикації застосовано протиалкогольний імплантат, різниця є достовірною (p<0,05). Ремісії терміном два роки найчастіше достовірно зустрічались в ГД2 (49,44 %), ГП2 (41,18 %) та ГД1 (36,14 %). Найбільш тривалими (трирічними) були ремісії у групах ГД2 та ГД1 (відповідно, 26,97 % та 19,28 %), в яких протягом періоду ремісії хворим, поряд з медичним лікуванням,

обов'язково надавався психологічний супровід, ($p < 0,05$). Найгірші результати отримано в ГП1 на всіх відрізках відстеження ремісії, що свідчить про недостатність застосування лише базової детоксикаційної терапії. Найбільш ефективними на всіх етапах відстеження виявились ремісії в групі ГД2, в якій було застосовано комплексну терапію з використанням детоксикації, введення протиалкогольного імплантату та адаптивної моделі медико-соціальної реабілітації, що однозначно підкреслює більшу ефективність комплексних заходів.

Висновки

1. У представленій роботі представлено обґрунтування та пропозиції вирішення актуальної задачі сучасної – оптимізації системи медико-соціальної реабілітації осіб залежних від алкоголю, за допомогою впровадження адаптивної моделі медико-соціальної реабілітації із наданням повного спектру біопсихосоціальної допомоги в одному закладі.

2. Серед психоемоційних особливостей, характерних чоловіків з АЗ були: тенденція до підвищення рівня тривожності (в ГД – 90,70 %; в ГП – 91,12 %); висока ймовірність виникнення неврозу (91,28 % пацієнтів, в ГП – 91,13 % осіб; $p > 0,05$) підвищення рівня ригідності (в ГД – 76,16 %; в ГП – 79,03 %), алекситимічні тенденції (в ГД 93,02 %, в ГП 92,74 %). Особистісні особливості чоловіків з АЗ були наступними: низький лідерський потенціал, переважання в структурі інтелекту конкретного, практично орієнтованого мислення, схильність до ризику, імпульсивність, розгальмованість, безтурботність, амбівалентність емоційних проявів, апатичність, знижена мотивація до дій, неорганізованість, невміння планувати власну діяльність, некритична оцінка власних можливостей, вільне відношення до норм моралі. Серед когнітивних особливостей: зниження стійкості уваги (63,37 % ГД та 66,94 % осіб ГП), порушення концентрації уваги (72,09 % – ГД, 74,19 % – ГП), зниження можливостей розподілу уваги (75,00 % – ГД, 71,77 % – ГП); низький рівень переключення уваги (67,44 % – ГД, 62,90 % – ГП); не різко виражене зниження пам'яті.

3. Виявлено мотиви зловживання алкоголем: адиктивні (ГД – 16,28 %; ГП – 16,13 %), які відображали фіксацію у свідомості реального потягу до алкоголю; гедоністичні (14,53 % в ГД; 15,32 % в ГП), що відображали прагнення отримати задоволення; атарактичні (ГД – 19,19 %; ГП – 17,74 %), пов'язані з бажанням нейтралізувати негативні емоційні переживання такі, як напруга, тривога, страх за допомогою алкоголю; мотиви гіперактивації (6,40 % – ГД; 5,65 % – ГП), що мали стимулюючий, розгальмовуючий ефект. Найбільш представленими були ЧРРАЗ

психологічної та соціальної груп (ГП1 – 92,86 % / 94,65 %; ГП2 – 79,40 % / 82,34 %; ГД1 – 48,18 % / 62,64 %; ГД2 – 39,33 % / 47,20 %), які мали достовірну різницю між групами ГП та ГД ($p \leq 0,05$). Вагомими чинниками розвитку рецидивів АЗ були: наявність алкогольної мотивації (25,65 %), вік більше 40 років (18,73 %), підвищена тривожність або реакція на стрес (17,81%), конфлікти з близькими (12,10 %), наявність алкоголь-залежних друзів або родичів (11,78 % / 10,20 %), знижений настрій (11,10 %), низька стресостійкість (10,38 %), відсутність комплексності у лікуванні та реабілітації (9,58 %), інші соціально-культуральні фактори (7,68 %).

4. Під час розробки та впровадження адаптивної моделі медико-соціальної реабілітації, нами було використано весь спектр біопсихосоціальної допомоги в межах одного закладу. Найвищі результати однорічні ремісії отримано в ГД2 та ГП2 (відповідно, 80,90 % та 76,47 %). Найбільш тривалими (трирічними) були ремісії у групах ГД2 та ГД1 (відповідно, 26,97 % та 19,28 %), в яких протягом всього періоду ремісії впроваджувались комплексні заходи за системою впровадженої моделі. Найбільш ефективними на всіх етапах відстеження виявились ремісії в групі ГД2, в якій було застосовано АММСР у поєднанні з протиалкогольним імплантатом.

Література:

1. Агарков В. И. Реформирование здравоохранения, как совершенствование системы медицинской помощи населению / В. И. Агарков, С. В. Грищенко, Г. К. Северин // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 20-24.
2. Артемьева Т. Причины и последствия алкогольной и наркозависимости / Т. Артемьева // М. – 2012. – № 2. – С. 64-71.
3. Балашова Т. Н. Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы / Т. Н. Балашова, Л. Собелл // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 1. – С. 4-7.
4. Гавенко В. Л. Психіатрія, наркологія / В. Л. Гавенко – Програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації // Київ. – 2012. – 124 с.
5. Животовська Л. В. Корекція метаболічних порушень у пацієнтів з алкогольною залежністю / Л. В. Животовська // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2012. – № 1 (19). – С. 66-70.

6. Закладний М. В. Порівняльний аналіз соціально-демографічних і середовищних чинників у пацієнтів з тривожними розладами невротичного та органічного генезу / М. В. Закладний // Український вісник психоневрології. – 2015. – С. 53-56.

7. Ревенок А. О. Особливості перебігу когнітивних процесів та індивідуально-психологічні характеристики хворих на алкоголізм (судово-експертна оцінка) / А. О. Ревенок, О. В. Радзевілова, О. П. Олійник, Н. В. Должикова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19. – № 2 (73). – С. 104-108.

8. Сосін І. К. Наркологія. Національний підручник / І. К. Сосін, Ю. Ф. Чуєва. – Харків: Колегіум, 2014. – 1500 с.

9. Сосін І. К. Нові підходи до інтегрованого прогнозування рецидивів при алкогольній залежності / І. К. Сосін, І. М. Сквіра // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21. – № 3 (76). – С. 83-86.

10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fact sheets— alcohol use and your health. www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcoholuse.htm. Accessed November 27, 2015.

11. Duka T. The effects of stress on alcohol craving and consumption in heavy social drinkers. / T. Duka, J. Nesic // European neuropsychopharmacology. –2012. –V. 18. – P. 180.

References:

1. Agarkov VI, et al. Reformation of health care and improvement of medical aid rendered to the general population // East-European J Public health. – 2012. – № 2-3 (18-19). – P. 20-24 (Rus.).

2. Artemieva T. Reasons and consequences of alcoholism and drug addiction.- M. – 2012. – № 2. – P. 64-71 (Rus.).

3. Balashova TN., et al. Use of motivation interview techniques in the work with the alcohol – addictive patients // VM Bekhterev Review of psychiatry and medical psychology. – 2012. – № 1. – P. 4-7 (Rus.).

4. Gavenko VL. Psychiatry, nacrology. – Syllabus for the students of institutions of higher learning of the IV level of accreditation. - Kiev, 2012. – 124 p. (Ukr.)

5. Zhyvotovska LV. Correction of metabolic disorders in the patients with alcohol dependence // Herald Psychology Psychopharmacology. – 2012. – № 1 (19). – P. 66-70 (Ukr.).

6. Zakladny MV. Comparative analysis of social-and-demographic and environmental factors in the patients with anxiety disorders of neurotic and organic genesis // Ukr Herald Psycho Neurology. – 2015. – N 11.- P. 53-56 (Ukr.).
7. Revenock AO., et al. Peculiarities of cognitive processes course and individual psychologic characteristics of the patients with alcoholism (forensic estimation) // Archive of psychiatry. – 2013. – Vol. 19. – № 2 (73). – P. 104-108 (Ukr.).
8. Sosin IK. Narcology. National Manual.- Kharkov: Collegium, 2014. – 1500 p. (Ukr.)
9. Sosin IK., et al. New approaches to the integrated forecast of relapses at alcoholism // Ukr Herald Psychoneurology. – 2013. – Vol. 21. – № 3 (76). – P. 83-86 (Ukr.).
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fact sheets— alcohol use and your health. www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcoholuse.htm. Accessed November 27, 2015.
11. Duka T. The effects of stress on alcohol craving and consumption in heavy social drinkers. / T. Duka, J. Nesic // European neuropsychopharmacology. –2012. –V. 18. – P. 180.