

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет
Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет

Кваліфікаційна
наукова праця
на правах рукопису

ГОРОДОКІН АНТОН ДМИТРОВИЧ

УДК: 616.89-008.441.3-06-085.212.7-07

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ
СИМПТОМАТИКИ В ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ,
ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ
ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**

222 – Медицина

22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

А.Д. Городокін

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Чугунов Вадим Віталійович, доктор медичних наук,
професор

Запоріжжя – 2020

АНОТАЦІЯ

Городокін А.Д. Особливості коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб із залежністю, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (22 Охорона здоров'я). – Запорізький державний медичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2020.

Запорізький державний медичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2020.

Мета роботи на підставі аналізу клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних та клініко-психологічних особливостей осіб із залежністю, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), визначити психопатогенетичні та структурно-динамічні особливості коморбідної психопатологічної симптоматики (КПС) та розробити принципи та схему їх психотерапії (ПТ).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше встановлено психопатогенетичні характеристики КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, досліджено та проаналізовано психопатогенетичну роль 21 фактору у складі 5 груп, що дозволило сформувавши концепцію поліфакторіального генезу КПС; вперше виявлено структурно-динамічні характеристики КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, досліджено спектр прояву різних груп КПС в залежності від рівня їх інтенсивності, виявлено 14 констеляцій симптомів у структурі 7 симптомокомплексів (СмК) КПС, що дозволило сформувавши ієрархічну систематику КПС; вперше визначено вплив КПС на психосоціальне функціонування, досліджено особливості психосоціальних наслідків стану залежності та проявів КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, що дозволило встановити дискордантність між інтенсивністю психопатологічних проявів та порушенням психосоціального функціонування; вперше у

психотерапевтичному ракурсі опрацьовано психопатогенетичні, клініко-психопатологічні та психосоціальні особливості КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, що дозволило розробити 5 принципів та двох компоненту схему їх ПТ.

Практична значущість одержаних результатів полягає у тому, що сформовано концепцію поліфакторіального генезу КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, що дозволяє визначити роль клініко-анамнестичних факторів у психопатогенезі КПС; на основі структурно-динамічних характеристик КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, описано 14 констеляцій симптомів у структурі 7 СмК та розроблено ієрархічну систематику КПС, що дозволяє інтегрувати їх у загальну систему психічних розладів та розробити стандартизовані підходи до їх терапії; встановлено характер взаємного впливу КПС та порушень психосоціального функціонування в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, що дозволяє оптимізувати цільові ефекти терапії КПС з урахуванням дискордантного характеру змін інтенсивності даних груп феноменів; розроблено принципи та схему ПТ КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, що дозволяє знизити рівень інтенсивності груп КПС псевдоневротичного (соматизація, obsесивно-компульсивні прояви, фобічність) та патоафективного (тривога, депресія) спектрів та знизити рівень стресу за показниками соціальної значущості хвороби (обмеження відчуття сили і енергії, обмеження задоволень, зниження фізичної привабливості, формування відчуття збитковості, обмеження спілкування) в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ.

Проведено проспективне дослідження на контингенті 100 осіб з діагнозом «Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням опіоїдів, синдром залежності» які перебувають на програмі ЗПТ, (МКХ-10: F11.22) на базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» м. Запоріжжя. Контингент дослідження за гендерною структурою складався з 20 жінок та 80 чоловіків. Середній вік дорівнював $41,2 \pm 5,6$ років, середній стаж систематичного вживання опіоїдів до включення у програму ЗПТ – $12,8 \pm 5,8$

років, середній загальний стаж вживання опіоїдів – $16,1 \pm 7,4$ років, середній строк перебування у програмі ЗПТ на момент початку дослідження – $3,3 \pm 2,0$ років.

В дослідженні використано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичні методи.

Дослідження реалізовано в 4 етапи.

Перший, клініко-анамнестичний, етап дослідження було проведено на суцільному контингенті шляхом аналізу медичної документації та неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю. Метою етапу було встановлення та аналіз представленості психопатогенетичних факторів КПС, їх систематизація та визначення ролі у генезі КПС.

Другий, клініко-психопатологічний, етап дослідження було проведено шляхом використання «Клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів» та діагностичного інструменту SCL-90-R, на підставі чого було проведено розділення контингенту дослідження на 3 групи за критерієм загальної важкості психічних порушень, що обумовлено КПС, з використанням показника GSI у структурі SCL-90-R. Перша група (Г1) мала показник $GSI \leq 0,5$ та була складена 12 особами, які мають компенсований рівень КПС; друга група (Г2) мала показник $GSI = 0,51-1,50$ та була складена 52 особами, які мають субкомпенсований рівень КПС; третя група (Г3) мала показник $GSI \geq 1,51$ та була складена 36 особами, які мають декомпенсований рівень КПС. Метою етапу було визначення якісної та кількісної представленості КПС в групах дослідження, встановлення внутрішньої структури КПС, виділення та систематизація СМК КПС.

Третій, психодіагностичний, етап було реалізовано в групах дослідження шляхом використання опитувальника «Соціальної значущості хвороби» О. І. Сердюка. Метою етапу був аналіз психосоціальних наслідків КПС в залежності від їх інтенсивності.

Четвертий, психотерапевтичний, етап дослідження було проведено на суцільному контингенті шляхом неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю. Метою етапу була розробка принципів та схеми ПТ КПС.

Встановлено психопатогенетичні характеристики КПС. Досліджено та проаналізовано психопатогенетичну роль 21 фактору у складі 5 груп (екзогенної, органічної, соматогенної, психогенної та патоперсонологічної), на основі чого сформульовано концепцію поліфакторіального генезу КПС.

Серед загального пулу психопатологічних проявів виділено 3 спектри КПС: патоафективний (спектр симптомів тривоги та депресії, асоційовані деперсоналізація та комунікативні порушення), псевдоневротичний (обсесивно-компульсивний, психовегетативний, фобічний спектри симптомів) та психоорганічний (асоціативний та дисфоричний спектри симптомів та симптоми психотизму).

Встановлено, що тривога спостерігається у 94 % осіб, прояви невротичної депресії у 97 % осіб, прояви астеничного синдрому – у 77 % осіб, істеричний тип реагування та обсесивно-фобічні прояви мали абсолютну представленість, психовегетативні порушення виявлені у 90 % осіб. На основі кількісного аналізу КПС встановлено кількість осіб, які знаходяться на різних рівнях важкості КПС, згідно до розроблених критеріїв: 12 % осіб знаходяться на мінімальному рівні, 52 % особи – на субклінічному рівні, 36 % осіб – на клінічному рівні. Встановлено, що усі групи КПС мають позитивний показник кореляційного взаємозв'язку.

Виявлено, що важкість стану в Г1 залежить від симптомів ворожості/агресії ($r=0,78$, $p<0,05$). Другорядними чинниками є обсесивно-компульсивні симптоми ($r=0,68$, $p<0,05$), симптоми міжособистісної сенситивності ($r=0,67$, $p<0,05$), що свідчить про домінування психоорганічного спектру симптомів у структурі КПС.

В Г2 важкість стану залежить від симптомів ворожості/агресії ($r=0,73$, $p<0,05$), фобічності ($r=0,71$, $p<0,05$), проявів тривоги ($r=0,65$, $p<0,05$), депресії ($r=0,67$, $p<0,05$) та нав'язливостей ($r=0,67$, $p<0,05$), що свідчить про

домінування псевдоневротичного спектра на тлі симптомів психоорганічного спектра у структурі КПС.

Важкість стану в Г3 залежить від симптомів тривоги ($r=0,70$, $p<0,05$), депресії ($r=0,56$, $p<0,05$) та агресії ($r=0,62$, $p<0,05$), без істотного впливу інших груп симптомів, що свідчить про домінування патоафективного спектра симптомів на тлі симптомів психоорганічного спектра у структурі КПС.

Виявлено їх структурно-динамічні характеристики. Виявлено та описано 14 констеляцій симптомів у складі 7 СМК КПС: псевдообсесивний СМК – обсесивно-депресивна ($r=0,72$, $p<0,05$, 79 % осіб), обсесивно-анксіозна ($r=0,78$, $p<0,05$, 71 % осіб), обсесивно-фобічна ($r=0,70$, $p<0,05$, 47 % осіб) констеляції симптомів; гіпотимічний СМК – гіпотимічно-деперсоналізаційна ($r=0,81$, $p<0,05$, 67 % осіб), гіпотимічно-анксіозна ($r=0,78$, $p<0,05$, 72 % осіб) констеляції симптомів; ажитативний СМК – ажитативно-алекситимічна ($r=0,73$, $p<0,05$, 67 % осіб), ажитативно-іритативна ($r=0,71$, $p<0,05$, 65 % осіб) констеляції симптомів; анксіозний СМК – анксіозно-фобічна ($r=0,76$, $p<0,05$, 59% осіб), анксіозно-паранояльна ($r=0,76$, $p<0,05$, 59 % осіб) констеляції симптомів; іритативний СМК – іритативно-паранояльна ($r=0,75$, $p<0,05$, 64 % осіб), іритативно-алекситимічна ($r=0,78$, $p<0,05$, 54 % осіб) констеляції симптомів; фобічний СМК – фобічно-паранояльна ($r=0,73$, $p<0,05$, 44 % осіб), фобічно-алекситимічна ($r=0,75$, $p<0,05$, 44 % осіб) констеляції симптомів, паранояльний СМК – паранояльно-анозогностична ($r=0,83$, $p<0,05$, 53 % осіб) констеляція симптомів. Проведено ієрархічну систематизацію структури КПС на рівні синдромології.

Визначено вплив КПС на їх психосоціальне функціонування. Встановлено, що особи Г1, демонструють найбільшу ступінь впливу стану залежності на всі показники психосоціального функціонування, що пов'язано зі збереженням мотивації до соціальної взаємодії, збереженням критики до проявів стану залежності та відсутності фіксації уваги на інтраспективному дистресі викликаному КПС. В Г2 відбувається зміщення фокусу уваги від соціальної взаємодії до інтраспективного дистресу викликаному КПС з

частковою втратою критики до проявів стану залежності та, відповідно, втратою детекції джерела дистресу, що зумовлює наявність інтервалу інтенсивності психопатологічних симптомів (між GSI від 0,51 до 1,50), в якому суб'єктивна важкість психосоціальних наслідків стану залежності є мінімальною. В ГЗ увагу осіб фіксовано на інтраспективному дистресі, викликаному КПС, та значні обмеження соціального функціонування, що призводить до повторного підвищення суб'єктивного сприйняття впливу стану залежності на психосоціальне функціонування, який усвідомлюється через порушення самопочуття та самосприйняття.

Сформульовано загальні принципи ПТ осіб із КПС, які перебувають на програмі ЗПТ: нівелювання дисимуляції та дезагтравації, індукції нозогнозії, ліквідації псевдоабстиненції, протекції зміни дозування препарату ЗПТ, структурування дистресу. Сформовано схему ПТ, що складається з 2 послідовних блоків: дистрес-орієнтованого (блок психотерапевтичних технік, спрямованих на психопатологічні компоненти КПС, що орієнтовано на терапію основних СМК) та стрес-орієнтованого (блок психотерапевтичних технік, спрямованих на патопсихологічні компоненти КПС, що орієнтовано на терапію реакцій на основні стресори в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ).

Встановлено, що ефективність ПТ має місце у відношенні груп КПС псевдоневротичного (соматизація, obsесивно-компульсивні прояви, фобичність) та патоафективного (тривога, депресія), в той час, коли прояви психоорганічного спектру не доступні психотерапевтичній редукції у рамках проведеного курсу ПТ. Також встановлено, що розроблена модель ПТ має ефективність у відношенні показників соціальної значущості хвороби, що менше залежать від прямої соціальної взаємодії (обмеження відчуття сили і енергії, обмеження задоволень, зниження фізичної привабливості, формуванням відчуття збитковості, обмеженням спілкування), що ілюструє соціальну відповідь на поведінку індуковану КПС психоорганічного спектру, які не демонструють достатньої психотерапевтичної редукції.

Ключові слова: коморбідна психопатологічна симптоматика, опіїдна залежність, замісна підтримувальна терапія, психоорганічні симптоми, псевдоневротичні симптоми, патоафективні симптоми, психотерапія.

ANNOTATION

Gorodokin A.D. Features of comorbid psychopathological symptomatic in persons with addiction who undergo a maintenance substitution therapy program. – Qualified scientific work as the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 222 «Medicine» (22 Health care). – Zaporizhzhya State Medical University MHU, Zaporizhzhya, 2020. Zaporizhzhya State Medical University MHU, Zaporizhzhya, 2020.

Zaporizhzhya State Medical University MHU, Zaporizhzhya, 2020.

Purpose of work based on analysis of clinical-anamnestic, clinical-psychopathological and clinical-psychological features of persons with addiction who are on the program of substitution maintenance therapy (SMT), to determine psychopathogenetic and structural-dynamic features of comorbid psychopathological symptoms (CPS) and their psychotherapy.

The scientific novelty of the obtained results is that for the first time the psychopathogenetic characteristics of CPS were established in persons who are on the SMT program, the psychopathogenetic role of 21 factors in 5 groups was investigated and analyzed, which allowed to formulate the concept of cofactor genesis of CPS; for the first time the structural and dynamic characteristics of the CPS in persons under the SMT program was revealed, the spectrum of manifestation of different CPS groups depending on their intensity level investigated, 14 constellations of symptoms in the structure of the 7 complexes of symptoms (CS) of CPS were revealed, which allowed to form a hierarchical systematic system of the CPS; which allowed to establish a discordance between the intensity of psychopathological manifestations and disturbance of psychosocial functioning; for the first time in psychotherapeutic perspective psycho-pathogenetic, clinical and psychopathological and psychosocial features of CPS were worked out in persons under the SMT program, which allowed to develop 5 principles and two components of their psychotherapy (PT) scheme.

The practical significance of the obtained results is that the concept of cofactor

genesis of CPS in persons who are on the SMT program was formed, which allows to determine the role of clinical-anamnestic factors in the psychopathogenesis of CPS; 14 constellations of symptoms in structure 7 of CS were described on the basis of the structural-dynamic characteristics of the CPS in persons under the SMT program and hierarchical systematics of the CPS were developed, which allowing them to integrate into the general system of mental disorders and to develop standardized approaches to their therapy; the nature of the mutual influence of CPS and disorders of psychosocial functioning in persons who are on the SMT program was established, which allows to optimize the targeted effects of CPS therapy taking into account the discordant nature of changes in the intensity of these groups of phenomena; the principles and scheme of CPS PT in persons under the SMT program were developed, which allows to reduce the level of intensity of pseudoneurotic (somatization, obsessive-compulsive manifestations, phobia) and pathoaffective (anxiety, depression) groups of CPS and to reduce the level of stress related with disease social factors (limitation of feelings of strength and energy, limitation of pleasures, reduced feelings of physical wellness, unprofitability, restricted communication) in persons who are on the SMT program.

A prospective study was conducted on a contingent of 100 persons with «Mental and behavioral disorders due to use of opioids, Dependence syndrome» who were under the SMT program (ICD-10: F11.22) on the basis of «Zaporizhzhia Regional clinical narcological dispensary». The gender structure of the study contingent was: 20 women and 80 men. The average age was $41,2 \pm 5,6$ years, the length of systematic use of opioids prior to enrollment in SMT program – $12,8 \pm 5,8$ years, the average total length of opioid use – $16,1 \pm 7,4$ years, the average life expectancy stay in the SMT program at the moment of the beginning of the study – $3,3 \pm 2,0$ years.

The study used clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostics and statistical methods.

The study was implemented in 4 stages.

The first, clinical-anamnestic, phase of the study was conducted on a

continuous basis through analysis of medical records and unstructured psychodiagnostic interviews. The purpose of the stage was to establish and analyze the presence of psychopathogenetic factors of the CPS, systematization and determination their role in the genesis of the CPS.

Second one, clinical-psychopathological, phase was carried out by the priest of the «Clinical caretaker for the manifestation of the evaluation of neurotic stations» and the diagnostics tool SCL-90-R, on the basis of which the contingent of the study was divided into 3 groups according to the criterion of the total severity of mental disorders caused by the CPS, using GSI in the structure of SCL-90-R. The first group (G1) had a GSI level $\leq 0,5$ and consisted of 12 persons with a compensated CPS level; the second group (G2) had a GSI level = 0,51–1,50 and was composed of 52 persons with subcompensated CPS level; the third group (G3) had a GSI level $\geq 1,51$ and consisted of 36 persons with decompensated CPS levels. The purpose of the phase was to determine the qualitative and quantitative representation of the CPS in the study groups, to establish the internal structure of the CPS, the allocation and systematization of the CS of CPS.

The third psychodiagnostic stage was implemented in the study groups using the O.I. Serdyuk's questionnaire of «Social significance of the disease». The purpose of the phase was to analyze the psychosocial effects of the CPS, depending on their intensity.

The fourth, psychotherapeutic, phase of the study was conducted on a contingent by using an unstructured psychodiagnostic interview. The purpose of the phase was to develop the principles and scheme of the CPS PT.

Psychopathogenetic characteristics of CPS have been established. The psychopathogenetic role of 21 factors in 5 groups (exogenous, organic, somatogenic, psychogenic and pathopersonological) was investigated and analyzed, on the basis of which the concept of cofactor genesis of CPS was formed.

Among the general pool of psychopathological manifestations 3 spectra of CPS were highlighted: pathoaffective (spectrum of symptoms of anxiety and depression, associated depersonalization and communicative disorders), pseudoneurotic

(obsessive-compulsive, psycho-vegetative, phobic-spectrum symptoms and psychoorganic (associative and dysphoric spectra of symptoms and symptoms of psychotism).

It was found that anxiety was observed in 94 % of persons, manifestations of neurotic depression – in 97 %, manifestations of asthenic syndrome – in 77 %, hysterical type of reaction and obsessive-phobic manifestations had absolute representation, psycho-vegetative disorders were detected in 90 % of persons. On the basis of quantitative analysis of CPS, the number of persons at different levels of severity of CPS was determined according to the developed criteria: 12% of persons were at the minimum level, 52 % – at the subclinical level, 36 % – at the clinical level. All CPS groups were found to have a positive correlation rate.

The condition severity in G1 was found to be dependent on hostility / aggression symptoms ($r=0,78$, $p<0,05$). Secondary factors were obsessive-compulsive symptoms ($r=0,68$, $p<0,05$), symptoms of interpersonal sensitivity ($r=0,67$, $p<0,05$), which indicates the dominance of the psychoorganic spectrum of symptoms in the structure of CPS.

In G2, the condition severity depended on the symptoms of hostility / aggression ($r=0,73$, $p<0,05$), phobia ($r=0,71$, $p<0,05$), anxiety ($r=0,65$, $p<0,05$), depression ($r=0,67$, $p<0,05$), and persistence ($r=0,67$, $p<0,05$), which indicates the dominance of the pseudoneurotic spectrum against the background of the psychoorganic spectrum symptoms in the structure of the CPS.

The condition severity in G3 depended on the symptoms of anxiety ($r=0,70$, $p<0,05$), depression ($r=0,56$, $p<0,05$) and aggression ($r=0,62$, $p<0,05$), without significant influence of other groups of symptoms, which indicates the dominance of the pathogenic spectrum of symptoms against the background of the psychoorganic spectrum symptoms in the structure of the CPS.

Their structural and dynamic characteristics were revealed. Identified and described 14 constellations of symptoms in the composition of 7 CS of CPS: pseudo-obsessive CS – obsessive-depressive ($r=0,72$, $p<0,05$, 79 % of persons), obsessive-anxious ($r=0,78$, $p<0,05$, 71 % of persons), obsessive-phobic ($r=0,70$, $p<0,05$, 47 %

of persons); hypothymic CS – hypothymic-depersonalization ($r=0,81$, $p<0,05$, 67% of persons), hypothymic-anxious ($r=0,78$, $p<0,05$, 72 % of persons); agitative CS - agitative-alexithymic ($r=0,73$, $p<0,05$, 67 % of persons), agitative-irritative ($r = 0,71$, $p<0,05$, 65 % of persons) constellation of symptoms; anxious IC - anxious-phobic ($r = 0,76$, $p<0,05$, 59 % of persons), anxious-paranoid ($r = 0,76$, $p<0,05$, 59 % of persons) constellation of symptoms; irritative CS – irritative-paranoid ($r=0,75$, $p<0,05$, 64 % of persons), irritative-alexithymic ($r=0,78$, $p<0,05$, 54 % of persons); phobic CS – phobic-paranoid ($r=0,73$, $p<0,05$, 44 % of persons), phobic-alexithymic ($r=0,75$, $p<0,05$, 44 % of persons), paranoid CS – paranoid-anosognistic ($r=0,83$, $p<0,05$, 53 % of persons). A hierarchical systematization of the structure of the CPS at the level of syndromology was carried out.

The influence of CPS on their psychosocial functioning was determined. G1 persons were found to exhibit the greatest degree of influence of the dependency state on all indicators of psychosocial functioning, which is related to the motivation preservation for social interaction, persistence of criticism to the manifestations of the state of dependence and lack of attention fixation on introspective distress caused by CPS. In G2, there was a shift in focus from social interaction to introspective distress caused by CPS with a partial loss of criticism to manifestations of a state of dependence and, consequently, a loss of detection of the source of distress, which causes the presence of an interval of psychopathological symptoms intensity (between GSI from 0,51 to 1,51), in which the subjective severity of the psychosocial effects of the dependency state was minimal. In G3, persons' attention was fixed on introspective distress caused by CPS and significant limitations on social functioning, which leads to a re-increase in the subjective perception of addiction effect on psychosocial functioning, which was realized through impaired well-being and self-perception.

The general principles of PT of persons with CPS under the SMT program were formulated: leveling of dissimulation and disaggregation, induction of nosognosis, elimination of pseudo-abstinence, protection of change of dosage of the drug SMT, structuring of distress. The scheme of PT was formed, which consists of 2

consecutive blocks: distress-oriented (block of psychotherapeutic techniques aimed at psychopathological components of CPS, oriented to the treatment of basic CS) and stress-oriented (a block of psychotherapy techniques aimed at the pathopsychological components of the CPS, which is focused on the treatment of reactions to major stressors in persons under STP program).

It was found that PT efficacy is present in pseudoneurotic (somatization, obsessive-compulsive manifestations, phobic) and pathoaffective (anxiety, depression) spectrums of symptoms, while the manifestations of the psychoorganic spectrum are not achievable for psychotherapeutic reduction. It was also found that the developed PT model is effective in reduction of disease social significance indicators, that are less dependent on direct social interaction (strength and energy limitation, pleasure limitations, reduced physical attractiveness, forming a sense of misery, communication limitations), which illustrates the social response to behavior induced by CPS of psychoorganic spectrum, that do not show sufficient psychotherapeutic reduction.

Key words: *comorbid psychopathological symptoms, opioid dependence, substitution maintenance therapy, psychoorganic symptoms, pseudoneurotic symptoms, pathoaffective symptoms, psychotherapy.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ НА ТЕМУ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Городокін А. Д. Особенности невротических проявлений у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости. *Медична психологія*. 2018. № 1. С. 47–50.

2. Городокін А. Д. Особливості внутрішньої структури коморбідної психопатологічної симптоматики у пацієнтів, які перебувають на програмах замісної терапії залежності. *Медична психологія*. 2018. № 2. С. 53–57.

3. Чугунов В. В. Городокін А. Д. The model of psychopathogenesis of nonpsychotic mental disorders in persons undergoing the programs of synthetic opioids substitution therapy. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 9. С. 58–63. (Автором самостійно проведено обстеження контингенту, обробку результатів та формування висновків дослідження).

4. Gorodokin A. The structure and genesis of non-psychotic psychopathology in persons who undergo opioid substitution maintenance therapy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. № 9 (5). P. 617–624.

5. Городокін А. Д. Особливості взаємозв'язків коморбідної психопатологічної симптоматики непсихотичного рівня, в осіб, які перебувають на програмах замісної терапії залежності синтетичними опіоїдами. *Медична психологія*. 2019. № 3. С. 85–89.

6. Городокін А. Д. Система психотерапії коморбідних психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2019. № 1. С. 18–24.

7. Городокін А. Д. Феномен суперкомплаєнтности пациентов на программе заместительной терапии зависимости. *Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики* : тези V-й Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України з міжнародною участю. Харків, 16-17 березня, 2017. С. 183.

8. Городокін А. Д. Проблемы диагностики расстройств невротического спектра у лиц, пребывающих на программах заместительной терапии синтетическими опиоидами. *Сучасні аспекти медицини і фармації – 2017* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю, присвяч. Дню науки. Запоріжжя, 11-12 травня, 2017. С. 63–64.

9. Чугунов В. В., Городокін А. Д. Особенности невротических проявлений в суточном цикле наркотизации у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии опиоидной зависимости. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 50-річчю ЗДМУ. Запоріжжя, 18-25 квітня, 2018. С. 133.

10. Городокін А. Д. Внутрішня структура псевдоневротичних проявів у залежних осіб, що перебувають на програмі замісної терапії. *Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології* : зб. тез Міжвузівської конф. Харків, 28 лютого, 2019. С. 18–19.

11. Городокін А. Д. Структура псевдоневротичних проявів у осіб, які перебувають на програмі замісної підтримуючої терапії. *Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин»* : матер. ХІХ Української наук.-практ. конф. з міжнар. уч., присвяч. 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка. Харків, 9–10 квітня, 2019. С. 54–56.

12. Городокін А. Д. Внутрішня структура комплексу коморбідних психопатологічних порушень непсихотичного рівня в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю, присвяч. Дню науки. Запоріжжя, 13-17 травня, 2019. С. 45.

ЗМІСТ

ЗМІСТ	17
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	19
ВСТУП	20
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМАХ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	27
1.1 Проблема опіоїдної залежності в Україні. Епідеміологічна структура та динаміка розвитку	27
1.2 Медико-соціальні аспекти опіоїдної залежності в Україні	29
1.3 Замісна підтримуюча терапії у лікуванні осіб з опіоїдною залежністю	33
1.4 Сучасні уявлення щодо психічних розладів в осіб, що перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії	37
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	45
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА ПСИХОПАТОГЕНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	52
РОЗДІЛ 4 КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КПС В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	68

РОЗДІЛ 5 СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА СИСТЕМАТИКА КПС НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	88
РОЗДІЛ 6 ХАРАКТЕР ВПЛИВУ КПС НА ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	108
РОЗДІЛ 7 ПРИНЦИПИ ТА СХЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ КОМОРБІДНОЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	116
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	137
ВИСНОВКИ	152
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	156
ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	158
ДОДАТОК А Акти впровадження	177
ДОДАТОК Б Список опублікованих автором праць на тему дисертації	182
ДОДАТОК В Відомості про апробацію результатів дисертації	184

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

SCL-90-R	–	Symptom Checklist-90-Revised
GSI	–	Global severity index / Індекс загальної важкості
SOM	–	Somatization / Соматизація
O-C	–	Obsessive-compulsive / Обсесивно-компульсивні симптоми
INT	–	Interpersonal Sensitivity / Міжособистісна сенситивність
DEP	–	Depression / Депресія
ANX	–	Anxiety / Тривога
HOS	–	Hostility / Ворожість
PHOB	–	Phobic Anxiety / Фобічна тривожність
PAR	–	Paranoid Ideation / Паранояльність
PSY	–	Psychoticism / Психотизм
Г1	–	Група 1
Г2	–	Група 2
Г3	–	Група 3
ГД	–	Група дослідження
ГК	–	Група контролю
ДК	–	Декомпенсація
ЗПТ	–	Замісна підтримувальна терапія
К	–	Компенсація
КПС	–	Коморбідна психопатологічна симптоматика
ПТ	–	Психотерапія
СК	–	Субкомпенсація
СМК	–	Симптомокомплекс

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Залежність є однією з базових медико-соціальних проблем сучасного суспільства в Україні та світі [1, 30]. Поширеність залежності від опіоїдів, станом на 2018 рік, за даними МОЗ України залишається на високому рівні, а загальна популяція осіб з опіоїдною залежністю – 41457 [53]. Не зважаючи на системні заходи, що спрямовані на профілактику станів залежності, лікування та реабілітацію залежних осіб, дана проблема робить значний вклад у епідеміологічне поширення соматичних та психічних захворювань, призводить до важких соціальних наслідків та економічних збитків [30, 130].

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) на сьогодні отримала статус офіційного методу лікування опіоїдної залежності в Україні, де програма ЗПТ впроваджена з 2005 року. Згідно з даними «Центру громадського здоров'я МОЗ України», станом на початок 2018 року ЗПТ отримали 10189 пацієнтів. Загалом ЗПТ впроваджено в усіх регіонах України на базі 180 сайтів [6, 53]. Однак, не зважаючи системну підтримку даного методу, протягом усього періоду реалізації програм ЗПТ у світі триває дискусія щодо медичних ризиків асоційованих з тривалим проходженням ЗПТ, зокрема у контексті формування коморбідної психопатологічної симптоматики (КПС) [45, 57].

Особливо важливу роль грає КПС непсихотичного рівня, що не призводить до госпіталізації залежних осіб у профільні медичні заклади, але чинить значний негативний вплив на якість життя та соціальне функціонування залежних осіб, а також у значній мірі знижує ефективність ЗПТ [19, 123].

За даними чисельних досліджень, у споживачів опіоїдів захворюваність на психічні та поведінкові розлади є значно вищою за середньопопуляційну, зокрема характерним є розвиток афективних та вольових порушень, наслідком яких є дистрес, який призводить до формування порочного кола, у якому в результаті додаткового вживання психоактивних речовин у модусі аутокурації поглиблюється стан залежності та посилюється інтенсивність дистресу.

Внаслідок дезадаптуючих властивостей власного медико-соціального стану контингент залежних осіб підлягає масивному впливу психотравмуючих факторів, що реалізуються на патологічно зміненому за екзогенно-інтоксикаційним типом особистісному тлі, що призводить до виникнення КПС [13, 46, 83, 126]. Але наразі немає чітко визначених даних щодо психопатогенетичних та структурно-динамічних особливостей КПС в осіб, які проходять ЗПТ.

На нозологічному рівні в окрему групу коморбідної психопатології виділяються тривожно-депресивні порушення, що персистують в залежних осіб в модусі коекзистенції. Відносно діагностики та лікування КПС використовують специфічні підходи, такі як застосування подвійного діагнозу та парціального лікування: корекції підлягають переважно соціально-небезпечні або суїцидогенні психічні та поведінкові порушення [32, 105, 157].

Однією з причин цьому є неможливість використання традиційних психофармакологічних засобів через високий ризик фармакологічної взаємодії з опіоїдами, що фактично унеможлиблює використання традиційного досвіду лікування психічних розладів у контингенті осіб, які перебувають на програмі ЗПТ. Це призводить до ускладнення підбору методів фармакотерапії психічних розладів в осіб на програмі ЗПТ, що зміщує ракурс надання спеціалізованої допомоги таким особам у площину ПТ без застосування психофармакологічних засобів у відношенні КПС [72, 136, 143].

Таким чином, актуальним є визначення психопатогенезу, структурно-динамічних особливостей КПС непсихотичного рівня, та розробка мішеней та принципів їх психотерапії (ПТ).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано за планом НДР кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України «Коморбідність психічної та іншої патології» (№ держреєстрації 0117U006966).

Мета дослідження – на підставі аналізу клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних та клініко-психологічних особливостей осіб із залежністю, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, визначити психопатогенетичні та структурно-динамічні особливості коморбідної психопатологічної симптоматики та розробити принципи та схему їх психотерапії.

Для реалізації поставленої мети було сформовано такі **задачі**:

1) встановити психопатогенетичні характеристики коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії;

2) виявити структурно-динамічні характеристики та сформувані систематику коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії;

3) визначити вплив коморбідної психопатологічної симптоматики на психосоціальне функціонування осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії;

4) розробити принципи та схему психотерапії коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії.

Об'єкт дослідження – коморбідна психопатологічна симптоматика, в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії.

Предмет дослідження – структурні та динамічні характеристики коморбідної психопатологічної симптоматики, в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії.

Методи дослідження: анамнестичний, клініко-психопатологічний, клініко-психологічний, клініко-статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів.

Вперше встановлено психопатогенетичні характеристики коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, досліджено та проаналізовано психопатогенетичну

роль 21 фактору у складі 5 груп, що дозволило сформувавши концепцію поліфакторіального генезу коморбідної психопатологічної симптоматики.

Вперше виявлено структурно-динамічні характеристики коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, досліджено спектр прояву різних груп коморбідної психопатологічної симптоматики в залежності від рівня їх інтенсивності, виявлено 14 констеляцій симптомів у структурі 7 симптомокомплексів (СмК) коморбідної психопатологічної симптоматики, що дозволило сформувавши ієрархічну систематику коморбідної психопатологічної симптоматики.

Вперше визначено вплив коморбідної психопатологічної симптоматики на психосоціальне функціонування, досліджено особливості психосоціальних наслідків стану залежності та проявів коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, що дозволило встановити дискордантність між інтенсивністю психопатологічних проявів та порушенням психосоціального функціонування.

Вперше у психотерапевтичному ракурсі опрацьовано психопатогенетичні, клініко-психопатологічні та психосоціальні особливості коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, що дозволило розробити 5 принципів та двох компоненту схему їх психотерапії.

Практична значущість одержаних результатів.

Сформовано концепцію поліфакторіального генезу коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, що дозволяє визначити роль клініко-анамнестичних факторів у психопатогенезі коморбідної психопатологічної симптоматики.

На основі структурно-динамічних характеристик коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, описано 14 констеляцій симптомів у структурі 7 симптомокомплексів та розроблено ієрархічну систематику коморбідної

психопатологічної симптоматики, що дозволяє інтегрувати їх у загальну систему психічних розладів та розробити стандартизовані підходи до їх терапії.

Встановлено характер взаємного впливу коморбідної психопатологічної симптоматики та порушень психосоціального функціонування в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, що дозволяє оптимізувати цільові ефекти терапії коморбідної психопатологічної симптоматики з урахуванням дискордантного характеру зв'язку інтенсивності даних груп феноменів.

Розроблено принципи та схему психотерапії коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, що дозволяє знизити рівень інтенсивності груп коморбідної психопатологічної симптоматики псевдоневротичного (соматизація, obsесивно-компульсивні прояви, фобічність) та патоафективного (тривога, депресія) спектрів та знизити рівень стресу за показниками соціальної значущості хвороби (обмеження відчуття сили і енергії, обмеження задоволень, зниження фізичної привабливості, формуванням відчуття збитковості, обмеженням спілкування) в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто проведено інформаційно-патентний пошук, аналіз та узагальнення даних спеціальної літератури, самостійно обстежено осіб з контингенту дослідження, проведено усі клінічні та психодіагностичні дослідження. Первинний матеріал повністю зібраний автором, самостійно виконана його систематизація, статистичний та клініко-інформаційний аналіз, узагальнено закономірності. Безпосередньо автором досліджень написані усі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні пропозиції. Здобувачем не були використані результати досліджень та ідеї співавторів публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ

та Запорізького науково-медичного товариства психіатрів, психотерапевтів, психологів, наркологів та сексологів, а також науково-практичних конференціях:

– V-й Національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України з міжнародною участю «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», м. Харків, 16–17 березня 2017 р.;

– всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена Дню науки «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2017», м. Запоріжжя, 11–12 травня 2017 р.;

– науковий симпозіум з міжнародною участю «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я», м. Запоріжжя, 3–4 жовтня 2018 р. Запоріжжя.;

– всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена 50-річчю ЗДМУ «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2018», м. Запоріжжя, 18–25 квітня 2018 р.;

– міжвузівської конференція «Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології», м. Харків, 28 лютого 2019 р.;

– XIX Українська науково-практична конференція з міжнародною участю «Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченої 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка», м. Харків, 9–10 квітня 2019 р.;

– всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена Дню науки «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2019», м. Запоріжжя, 13–17 травня 2019 р.;

– науково-практична конференція з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги», м. Харків, 15–16 травня 2019 р.

Публікації. Результати відображено у 12 публікаціях, із них 6 статей, серед яких 5 статей – у фахових наукових виданнях України, 1 стаття – у закордонному виданні, 6 тези доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій, 8 робіт – без співавторів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена на 185 сторінках друкованого тексту, складається із анотації, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів дослідження, 5 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, що містить 174 джерела (72 кирилицею і 102 латиною) та додатків. Робота ілюстрована 21 таблицями і 17 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМАХ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

1.1 Проблема опіоїдної залежності в Україні. Епідеміологічна структура та динаміка розвитку.

Залежність є однією з базових медико-соціальних проблем сучасного суспільства в Україні та світі. Не зважаючи на системні заходи, що спрямовано на профілактику станів залежності, лікування та реабілітацію залежних осіб, дана проблема вносить значний вклад у епідеміологічне поширення соматичних та психічних захворювань, призводить до важких соціальних наслідків та економічних збитків [34-35, 43, 99, 153].

Проблема опіоїдної залежності в Україні бере свій початок у періоді 1991-1993 років, коли після розпаду СРСР, зважаючи на інституційний колапс контролюючих урядових структур, в Україну, шляхом контрабанди почали потрапляти лімітовані партії напівсинтетичних опіоїдів, зокрема 3,6-діацетілморфіну (діаморфіну, героїну). У періоді 1994-1996 років в Україні пройшла становлення локальна кримінальна промисловість, спрямована на кустарне вироблення великих обсягів сурогатів опію – екстракту макової соломки, сировина для якої вирощується в Україні [62, 64]. Важкість контролю за кустарним виробництвом опіатів, що не потребує особливих технологічних умов у сукупності з кризовим станом у політичній, економічній та правоохоронній галузях, призвели до того, що залежність від опіоїдів набула в Україні характеру епідемії. Цьому процесу сприяли також і багаточисельні соціально-психологічні чинники, що в умовах відсутності достатнього досвіду та інформованості щодо характеру впливу наркотичних речовин та зокрема

опіоїдів на фізичний та психічний стан, в останню декаду ХХ сторіччя в Україні, зробили даний вид наркотичних речовин поширеною причиною формування залежності у широкому соціальному прошарку [64, 166].

З початку ХХІ сторіччя, у зв'язку з інтеграцією пострадянських держав у світову систему охорони здоров'я, гостро стала проблема епідеміологічного контролю за станами залежності, де ін'єкційні її форми, зокрема залежність від опіоїдів, отримали надзвичайне значення, у зв'язку з їх роллю у розповсюдженні парентеральних інфекцій. З цього моменту проблема ін'єкційних наркотиків в Україні стала не тільки соціальною, що призводить до економічного та соціального враження споживачів та їх криміналізації, але також і медичною. Саме значна поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків привернула увагу світових інститутів та організацій охорони здоров'я до вивчення епідеміології ін'єкційних залежностей в Україні, а найбільш детальні та інформативні епідеміологічні дослідження даної проблеми асоційовані з проблематикою інфекційного кола [9, 17, 39].

Станом на початок 2005 року, коли було розпочато перші масштабні епідеміологічні дослідження проблеми опіоїдної залежності в Україні, на обліку в спеціалізованих закладах наркологічної служби перебувало 85 006 хворих на різні форми наркоманії, з переважанням діагнозів залежності від опіоїдів. Динаміка росту частоти станів залежності демонструвала щорічний приріст близько 8-10 тис. нових випадків захворювання, що було прямим наслідком відсутності дійової антинаркотичної політики в [3-4].

Зміна спектру імпорту наркотичних речовин, переважно за рахунок становлення індустрії їх розповсюдження шляхом Інтернет-комунікації та появи доступу до ринку синтетичних речовин, у сукупності з системними заходами щодо контролю епідемічного поширення станів залежності в Україні призвели до значного зниження кількості випадків опіоїдної залежності протягом періоду 2005-2018 років. Між тим епідеміологічні дослідження, даного періоду прямо вказують на те, що особи, які страждають від опіоїдної залежності у більшості випадків не потрапляють у поле зору державної медико-

соціальної статистики, результатом чого стає значне розходження офіціальних даних та реальної кількості залежних осіб. Значну роль у даному процесі відіграють інститут анонімного лікування, значна кількість приватних клінік, недержавних організацій, що займаються допомогою наркозалежним, що у сукупності сприяє заниженню статичних даних.

Між тим, поширеність залежності від опіоїдів, станом на 2018 рік, за даними МОЗ України залишається на високому рівні, загальна популяція осіб із опіоїдною залежністю – 41457 [51-53].

1.2 Медико-соціальні аспекти опіоїдної залежності в Україні

Численні медико-соціальні дослідження привернули увагу до опіоїдної залежності, як причини зростання кількості правопорушень, у тому числі кримінальних актів, епідемічного поширення інфекційних захворювань, насамперед ВІЛ-інфекції та парентеральних гепатитів, соціальною, сімейної та трудової дезадаптації залежних осіб. Центральною у розвитку медико-соціальних наслідків опіоїдної залежності є роль психопатологічних, психологічних та поведінкових її складових [15, 43, 63, 66].

Початок та перебіг вживання психоактивних речовин залежить від багатьох біологічних, соціально-економічних та психологічних чинників [10, 38, 41, 55]. До 90% осіб, які починають епізодично вживати наркотичні речовини опіоїдного ряду, переходять до систематичного вживання із шкідливими наслідками та формуванням повноцінного синдрому залежності, який являє собою захворювання, що підпадає під діагностичні критерії МКХ-10 та, відповідно, за умов звернення за спеціалізованою медичною допомогою потрапляє до офіційної медико-соціальної статистики [19].

Формування синдрому залежності від опіоїдів, призводить до специфічного динамічного стереотипу реалізації залежної поведінки з появою певних циклів, що пов'язані із коливанням дози, намірами покинути вживання, передозуванням, лікуванням, перебуванням у пенітенціарних закладах,

поверненням до вживання, переходом на інші наркотичні речовини, отриманням допомоги з приводу соматичних ускладнень та захворювань, тощо [107].

Таким чином, перебіг опіоїдної залежності передбачає наявність періодів утримання від вживання наркотичних речовин, що чергуються із новими рецидивами, причинами яких стає неможливість управляти патологічним потягом до об'єкту залежності, значний соціальний тиск та стрес, що пов'язаний з проблемами соціальної взаємодії – сімейної, трудової та суспільної [142]. Основним варіантом пролонгованих періодів утримання від вживання опіоїдів є примусове обмеження реалізації залежної поведінки. Періоди абстиненції такого виду детерміновані тим, що залежна особа перебуває в контрольованому середовищі, яке часто має пенітенціарний характер [105, 114, 127, 169].

У поведінковому ракурсі – імпульсивна поведінка пов'язана зі змінами залежної особистості та самою природою залежності, стає фактором, що ініціює рецидиви та сприяє підтриманню залежності протягом усього життя [29, 40-41, 74, 143].

Вищезазначене призводить до підтримання циклічного стереотипу вживання опіоїдів у тривалій хронологічній перспективі аж до формування віддалених соматичних та психопатологічних наслідків, які стають причиною драматичної соціальної дезадаптації та матеріального колапсу залежних осіб, що, у сукупності з поведінковими та вольовими порушеннями, призводить до їх тотальної криміналізації [104, 106, 143, 152].

Криміналізація залежних осіб відбувається не лише в силу формальних обставин, таких як впровадження кримінальної відповідальності за зберігання та збут наркотичних речовин, але й в наслідок реалізації кримінальної поведінки при пошуку матеріального забезпечення придбання наркотичного агенту [104]. Окремим фактором, що сприяє криміналізації осіб, які страждають на опіоїдну залежність виступають персонологічні розлади, які проявляються в

морально-етичних та мотиваційних порушеннях, імпульсивності та зниженні загального контролю над поведінкою [48].

Вони здійснюють дії, що суперечать правовим або моральним нормам [44]. Їм в більшості випадків властиві дії, які не суперечать Карному кодексу України, але суперечать соціальним та моральним нормам:

Згідно до статистичних даних Генеральної прокуратури України, щорічно реєструється біля 20 тис. правопорушень у сфері обігу наркотичних речовин [53].

Окремо від кримінальної статистики слід розглядати асоціальну поведінку, що не входять до переліку кримінальних правопорушень або не підлягають тотальному контролю, але суперечать сталим морально-етичним нормам – сімейне насильство, сексуальні ексцеси, соціально-небезпечна поведінка та немотивована агресія при міжособистісній взаємодії є типовими поведінковими порушеннями у структурі опіоїдної залежності [7].

Соціальні наслідки опіоїдної залежності є вкрай важкими та представлені на усіх рівнях соціальної взаємодії. На рівні трудової активності залежні особи рано демонструють зниження та подальшу втрату працездатності. Період збереженої працездатності в осіб, які страждають на опіоїдну залежність характеризується систематичними порушеннями дисципліни, що асоційована з поведінковими порушеннями у структурі залежності. Дана група осіб, внаслідок порушення мотивації відчувають труднощі у виконанні професійних обов'язків, в них відзначається байдужість або негативне ставлення до виконуваної роботи [16, 61]. Систематичне вживання опіоїдів призводить до втрати місця роботи, трудової стигматизації та матеріального колапсу.

На рівні сімейного функціонування особи з опіоїдної залежністю демонструють значну дезадаптацію, що є наслідком комплексу матеріальних проблем, порушень міжособистісних відносин та реалізації імпульсивних та насильницьких дій, що є наслідками персонологічних порушень у структурі залежності [59]. Соціологічні дослідження вказують, що серед осіб, які страждають на опіоїдну залежність число одружених в 1,6 раз менше порівняно

зі здоровим населенням, а розведених в 2,8 рази більше. У більшості збережених сімей де членами є особи, які страждають на опіюїдну залежність, відзначаються глибокі порушення сімейних взаємин – персистуючі сімейні конфлікти, насильницькі поведінкові акти та сексуальні ексцеси. Основним механізмом збереження формальних відносин в таких сім'ях стає маніпулятивна поведінка залежної особи, зацікавленої у матеріальних ресурсах родини.

Серед осіб, які страждають на опіюїдну залежність існує специфічний соціальний феномен, що реалізується в формуванні так званої «сім'ї наркоманів» – мікросоціальної структури, центрованої навколо наркотизації у відносно безпечних умовах та полегшення видобутку наркотиків. Така соціалізація поглиблює соціальну дисфункцію та виключає нормалізацію сімейного та інших видів соціального функціонування.

Розповсюдженим феноменом є порушення сексуальної поведінки, що спостерігаються у жінок, які страждають від опіюїдної залежності. Сексуальна взаємодія стає об'єктом комерціалізації, що використовується задля отримання доступу до об'єкту залежності, що є окремим маркером персоно логічних та поведінкових порушень у структурі опіюїдної залежності [48, 50, 132, 134, 168].

Вкрай важливим соціальним аспектом опіюїдної залежності є стигматизація та дискримінація залежних осіб, що додатково підвищує рівень їх соціальної алієнації, запобігає будь-якому позитивному соціальному руху та призводить до формування закритих спільнот залежних осіб [144]. Не зважаючи на те, що різні статеві, вікові та соціальні ознаки та характеристики залежних осіб мають кореляцію з рівнем стигматизації, так жіноча стать та молодший вік виявляють зменшену кількість стигматизуючих поглядів, а пролонгована тривалість залежності – збільшену, негативний вплив даного явища на якість життя та соціальне функціонування загального контингенту залежних осіб є драматичним [148, 151].

Соматичні наслідки опіюїдної залежності пов'язані з гетерогенним колом факторів, зокрема: парентеральних інфекцій, наслідків вживання хімічно-

агресивних та бактеріально-забруднених сурогатів опію, маскування симптомів соматичних захворювань станами інтоксикації та абстиненції, підвищеного рівня насильницької травматизації, аліментарних порушень, тощо.

За даними статистики МОЗ України станом на кінець 2017 року серед осіб з наявним діагнозом психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин на парентеральні гепатити страждає 29939 осіб (гепатит В – 7151 особа, гепатит С – 14117 осіб), на туберкульоз – 14289 осіб, на ВІЛ-інфекцію – 17404 особи (на СНІД – 4005 осіб) [53].

Саме значна поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, та їх роль у формуванні структури та динаміки епідемічного розповсюдження парентеральних інфекцій стала найважливішою світовою медико-соціальною проблемою, що асоційована з залежністю від опіоїдів [11].

1.3 Замісна підтримувальна терапія у лікуванні осіб з опіоїдною залежністю.

Медичне розуміння опіоїдної залежності наближається до моделі хронічного захворювання, що характеризується циклічним перебігом з наявністю періодів ремісії та загострень – рецидивів. Таке розуміння проблеми передбачає реалізацію стратегію лікування, що спрямовано не на ліквідацію власне феномену залежності, а контроль над її проявами, що повинно обмежити шкоду, що залежність та реалізація залежної поведінки вчинює соматичному та психічному здоров'ю особи, її якості життя та соціальному функціонуванню [117, 133, 156].

Традиційні підходи до лікування опіоїдної залежності, такі як біологічна терапія, терапія антагоністами опіоїдних рецепторів, терапія альфа-2-адреноміметиками, короткотривала замісна терапія та ПТ не демонструють достатньої катамнестичної ефективності.

У цьому контексті стратегія обмеження шкоди, що реалізується шляхом залучення залежних осіб до програм ЗПТ є виправданою з точки зору

економічної раціональності та ефективності контролю над незаконним споживанням опіоїдів та зниження ризикованих форм поведінки при ін'єкційному споживанні наркотиків [135].

ЗПТ – паліативний метод лікування опіоїдної залежності, при якій використовують фармакологічні препарати, що є агоністами опіоїдних рецепторів, що дозволяє уникнути розвитку синдрому відміни і блокувати патологічний потяг до «нелегальних опіоїдів» [91]. Основна перевага даного підходу полягає в тому, що він знижує кримінальну поведінку залежних осіб, надає можливості до їх соціальної реінтеграції, та зменшую ризик інфікування та передачі парентеральних інфекцій [87, 102, 122, 137, 159].

З огляду на соціальну орієнтацію даної моделі лікування залежності, з самого початку реалізації ЗПТ у кругах дослідників та клініцистів йде активна дискусія щодо її доцільності, ефективності та безпеки [93, 100, 128, 147].

Першими препаратами для замісної терапії служили морфін та героїн. У 1919 році Верховний суд США заборонив використання наркотичних препаратів для лікування абстинентного синдрому у залежних від опіоїдів пацієнтів, а у 1926 році указом «Верховного суду» було заборонено підтримуючу терапію і в Германії. З 1926 року по 1950-ті роки ЗПТ не проводилась ні в США, ні в жодній з країн Європи. Відновлення впровадження ЗПТ в 1950-ті роки було обумовлене перш за все переглядом даного методу з оглядом на соціальні наслідки опіоїдної залежності та необхідністю профілактики розповсюдження парентеральних інфекцій [73].

Метадон в якості препарату ЗПТ вперше застосував канадський лікар Р. Холлідей у 1959 році. У своїй публікації 1963 року Р. Холлідей дає перші експертні рекомендації щодо використання даного фармакологічного агенту, з метою детоксикації, в добовій дозі, що складає 40 мг протягом перших двох днів, з подальшим поетапним її зниженням до 30, 20 і до 10 мг протягом наступних 12 діб. У подальших публікаціях науковець не заперечував, що переважна більшість пацієнтів потребує довготривалого лікування із забезпеченням відповідного клінічного моніторингу та психотерапевтичної

підтримки. Дослідження Р. Холлідея стали відправною точкою та концептуальною основою сучасного розуміння формату замісної терапії з використанням синтетичних опіоїдів та зокрема метадону та його аналогів [112].

З 60-х років ХХ сторіччя програми ЗПТ почали реалізовуватися у США, починаючи з робіт М. Нісвандера та В. Доула у 1963 році та в Європі, де дана методика увійшла до рутинного застосування, починаючи з науково-практичних робіт шведського психіатра Л. Гунна у 1967 році [97].

З того часу, як були проведені попередні випробування в США, протягом трьох десятиліть детально вивчався на базі декількох окремих установ американськими дослідними групами, а надалі дослідниками інших країн. Завдяки цим зусиллям створена міжнародна база даних перорального підтримуючого лікування метадоном, а також накопичений достатній обсяг дослідницьких матеріалів, що підтверджують його ефективність [79, 82, 132].

З моменту впровадження в різних країнах світу ЗПТ вона показала себе як досить ефективний засіб у програмі зниження рівня смертності серед осіб із залежністю від опіоїдів. Основними чинниками високого рівня смертності серед таких осіб є часті передозування при внутрішньовенному введенні наркотичних засобів, нещасні випадки в стані наркотичного сп'яніння, суїцид та суїцидальні спроби [33, 61, 137].

Звільнення з пенітенціарних структур є періодом високого ризику смертності наркозалежних осіб, що обумовлено можливістю вільного доступу до наркотичних речовин та різким припиненням цілодобового моніторингу з боку органів влади та медперсоналу [81]. ЗПТ є ефективним засобом у боротьбі в даною проблемою. Дослідження показують, що у пацієнтів, які проходили курс ЗПТ у в'язниці і продовжили лікування після виходу із неї відмічався достовірно нижчий показник смертності на протязі перших 4 тижнів, у порівнянні з пацієнтами, які не проходили курс терапії, а протягом наступних тижнів показники двох груп практично не відрізнялись [160]. Тому відповідний

клінічних моніторинг є одним із ключових моментів у досягненні ефективності ЗПТ.

Ефективність ЗПТ залежить не лише від індивідуального підбору оптимального режиму терапії та належного клінічного моніторингу, а й від ряду зовнішніх факторів системного рівня, а також рівня соціального функціонування залежної особи, що мають прямий причинно-наслідковий зв'язок із рівнем комплаєнсу та рівнем самоконтролю пацієнтів: чим вищим є соціальний рівень пацієнта – тим вищий показник ефективності лікування [6, 73, 88, 138, 154, 173].

Серед ризиків ЗПТ з використанням метадону, найбільш суттєвим є можливість виникнення фізичної та психічної залежності власне від метадону яка характеризується високою стійкістю до терапії та відносно несприятливим терапевтичним прогнозом. При довготривалому застосуванні метадону спостерігається значний ріст толерантності організму та розвиток звикання до препарату. У разі різкого припинення вживання препарату розвивається синдром відміни, що характеризується менш тяжкими симптомами та більш затяжним характером у порівнянні з аналогічними станами при відміні опіоїдів рослинного та напівсинтетичного походження, що обумовлено більш тривалим періодом напіввиведення метадону [72, 136, 171].

На сьогодні ЗПТ остаточно отримала глобально-конвенційний характер та рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO), Управлінням ООН з питань наркотиків та злочинності (UNODC), Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS), Міжнародним комітетом з контролю за наркотиками (INCB), Комісією з наркологічних засобів ООН (CND) [1, 31, 42, 119, 124, 125, 140, 156].

В Україні програма ЗПТ впроваджена з 2005 року на основі постанови Кабінету Міністрів України №264 «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року» [65]. Згідно з даними «Центру громадського здоров'я МОЗ України», станом на початок 2018 року ЗПТ отримали 10189 пацієнтів. Загалом

ЗПТ впроваджено в усіх регіонах України на базі 180 сайтів. 9114 осіб проходять програми ЗПТ, які реалізовані з використанням метадону, 1075 – бупренорфіну [53-54, 58].

1.4 Сучасні уявлення щодо психічних розладів в осіб, що перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії.

Стан опіїдної залежності є фактором, що масивно викривлює природні стереотипи психічного реагування, що лежать в основі формування та розвитку психічних розладів, як на психологічному, психосоціальному та поведінковому, так і на нейрометаболічному рівнях.

Психопатологічні розлади, що спостерігаються в осіб, які перебувають на програмах ЗПТ мають складну структуру та неодноразово ставали об'єктом клініко-дескриптивних досліджень. Між тим наразі не існує досліджень, які висвітлюють їх психопатогенез та структурно-динамічні особливості, а також не має їх типології та систематики.

Згідно до сталого підходу до психодіагностики стани залежності та інші групи психічних розладів розглядаються окремо, як коморбідні патологічні стани, між тим дані чисельних епідеміологічних досліджень вказують на наявність двостороннього позитивного кореляційного зв'язку між станом залежності від опіїдів та психічними розладами афективного, невротичного та поведінкового спектрів. Між тим, відомо дослідження, результати яких свідчать про наявність спільного генетичного підґрунтя у афективних розладів та станів залежності від психоактивних речовин, а також про подібність механізмів прийняття рішень особами, що перебувають у зазначених патологічних станах [10, 38, 55, 94, 141, 172].

Нейропсихологічні дослідження вказують на те, що в осіб, які систематично вживають опіїди або перебувають на програмі ЗПТ, демонструють неспецифічні порушення пам'яті, уваги, праксису, розуміння просторових відносин, планування та контролю за виконанням завдань, які не

зникають навіть при багаторічній ремісії [108]. Дистимія, ангедонія, дратівливість, мотиваційні та поведінкові порушення можуть відобразити нейроадаптацію у системі дофаміну, викликану хронічним введенням опіоїдного агенту [75, 80, 108, 120-121, 157, 165, 167, 170].

Існує досить аргументована позиція щодо значної представленості психопатологічних симптомів субклінічного рівня, у залежних осіб, ще до формування в них стану залежності, при цьому ініціальний період вживання психоактивних речовин розглядається в них як прояв аутокурації. Між тим, подальший розвиток стану залежності поглиблює існуючі психопатологічні порушення до клінічного рівня, що призводить до їх нозологічної діагностики.

Слід зазначити, що висока частота згадування даного сценарію формування коморбідних психопатологічних порушень у профільних дослідженнях пов'язана з їх прагматичною спрямованістю на пошук психологічних предикторів формування залежності задля встановлення шляхів її профілактики та заснована на ретроспективних оцінках власного стану залежними особами [14, 32, 57, 60, 68, 131].

Предиспозиційний варіант формування коморбідності не може розглядатися як єдиний в силу того факту, що залежні особи підлягають масивному впливу психопатогенетичних факторів, що є загальновідомими причинами розвитку психічної патології, насамперед це: екзогенні впливи, що афільовані з систематичним вживанням психоактивних речовин та високою розповсюдженістю парентеральних інфекцій; органічні шкідливості, що асоційовані з травматизацією та досвідом вживання сурогатів опію; психогенні чинники, що є наслідком масивного соціального стресу, а також набуті порушення особистості, що є типовими для тривалого життя зі станом залежності.

Діагностика психопатологічних розладів в осіб, що перебувають на програмах ЗПТ ускладнюється феноменом анозогнозії, що виникає в наслідок подібності симптомів психопатології до проявів абстиненції. Це призводить як до того, що психопатологічні симптоми не декларуються та не усвідомлюються

хворими як психопатологічні знаки, так і до формування у них уявлення щодо недостатнього дозування агенту ЗПТ, що призводить до дезаггравації – приховування психічного неблагополуччя з підтримкою фасадно-високого рівня комплаєнсу [90, 98].

В епідеміологічних дослідженнях психічних розладів, що є коморбідними до стану опіоїдної залежності, існує ризик перебільшення як кількості діагнозів останніх, так і числа діагнозів психічних захворювань. У такі дослідження можуть бути включені пацієнти з симптомами, які пов'язані зі зловживанням наркотиками (наприклад, нервозність, напруження, збудження, пригнічений настрій, втрата мотивації) що в свою чергу можуть бути діагностичними критеріями психічних розладів, що не асоційовано зі станами залежності [129]. Стандартний діагностичний інструментарій часто є недостатньо чутливим, щоб розрізнити незалежні і викликані психоактивними речовинами симптоми у пацієнтів, а діагнози, які були отримані з різних діагностичних інтерв'ю з залежними особами дають суперечливі результати, в деяких дослідженнях продемонстровано, що повторне ідентичне психодіагностичне інтерв'ю, може помилково диференціювати симптоми інтоксикації або абстиненції від незалежних психічних порушень [13, 84, 114,-115, 146].

У пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів емоційні порушення є фактично облігатними та пов'язані безпосередньо з феноменом патологічного потягу до об'єкта залежності. Емоційні порушення створюють мотивацію до циклічного вживання опіоїдів водночас являються його наслідком, що в результаті утворює порочне коло, яке відіграє велику роль у виникненні хімічної залежності [19, 43].

Емоційні розлади у залежних виражені почуттям зневіри, відчаю, туги, безнадійності, підвищеною дратівливістю зі схильністю до дисфорічних реакцій, тривогою, а також диссомнічними розладами, слабкістю, втратою активності і підвищеною стомлюваністю, які можна кваліфікувати як астено-

депресивний, тривожно-депресивний, дисфоричний, депресивно-іпохондричний та депресивноапатичний синдроми [8, 12, 76, 95, 158, 162].

На нозологічному рівні в окрему групу коморбідних психічних розладів виділяються тривожно-депресивні порушення залежних осіб, відносно діагностики та лікування яких використовують специфічні підходи. При порівнянні з пацієнтами, в яких діагностували аналогічний за структурою та показниками інтенсивності симптомів психічний розлад поза контекстом стану залежності або опіюїдну залежність без додаткових психопатологічних розладів – у групи пацієнтів зі коморбідним психічним розладом значно вищими є ризики затримки постановки клінічного діагнозу, переходу психічних порушень у психотичний стан та суїцидальної поведінки. Важливою рисою психопатологічних розладів непсихотичного рівня у осіб, які перебувають на програмах ЗПТ є порушення самокритики і анозогнозія, що супроводжуються нездатністю до усвідомлення своїх дій, що призводять до втрати контролю на проявами психопатології, що може проявлятися у пролонгованих панічних епізодах або переростати дисфорії [89, 101, 103, 113, 123, 155, 149].

Значно нижчими також є показники дотримання режиму лікування за значно нижча його загальна ефективність як по відношенню до психічного розладу, так і по відношенню до стану залежності. Причиною цього є неможливість використання традиційних психофармакологічних засобів через високий ризик фармакологічної взаємодії з опіюїдами (табл. 1.1). Це стосується ряду антипсихотичних (похідних фенотіазину), анксиолітичних (похідних бензодіазепіну), антидепресивних (трициклічних, селективних інгібіторів зворотного захоплення сератоніну, інгібіторів моноамінооксидази) та деяких нормотимічних засобів (карбамазепіну), що фактично унеможлиблює використання традиційного досвіду лікування психічних розладів у контингенті осіб які перебувають на програмі ЗПТ. Це призводить до критичного ускладнення підбору методів фармакотерапії психічних

розладів в осіб які систематично отримують опіоїди у ході ЗПТ [10, 55, 118, 159, 161, 164, 174].

Таблиця 1.1 – Ризики фармакологічної взаємодії основних груп психофармакологічних препаратів з метадоном

Група	Підгрупа	Взаємодія з метадоном
1	2	3
Нейролептики	Фенотіазини	пригнічення дихання, артеріальна гіпотензії, глибокого седативного ефекту і навіть коми за рахунок додаткового пригнічення ЦНС
Анксиолітики	похідні бензодіазепіну	пригнічення дихання, артеріальна гіпотензії, глибокого седативного ефекту і навіть коми за рахунок додаткового пригнічення ЦНС
	тріазолобензодіазепіни	
Анти-депресанти	трициклічні	підвищується токсичність ТЦА; проаритмічний ефект внаслідок збільшення тривалості інтервалу QT та може призвести до пригнічення дихання, артеріальної гіпотензії, глибокого седативного ефекту і навіть коми за рахунок додаткового пригнічення ЦНС
	селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну	є інгібіторами ензиму в печінці, який метаболізує метадон, що може призвести до підвищення його концентрації; може призводити до порушень серцевого ритму
	селективні інгібітори моноаміноксидаз А	збільшується ймовірність тяжких побічних реакцій, таких як: збудження ЦНС, делірій, гіперпірексія, судоми, гіпотензія або пригнічення дихання

Продовження таблиці 1.1

1	2	3
Нормотиміки	похідні трициклічного іміностільбену	знижує рівень метадону через індукцію ензиму у печінці, який його метаболізує, завдяки чому може викликати явища опіоїдної абстиненції

Серед психопатологічних порушень, що можуть розглядатися як типові для контингенту осіб, які страждають на опіоїдну залежність слід виділити патоафективні розлади тривожно-депресивного кола, частота розвитку яких серед осіб, що систематично вживають опіоїдні агенти досягає 60%, демонструючи при цьому кореляційний зв'язок між глибиною афективних порушень та рівнем толерантності особи до наркотичного агента. Депресія у залежних осіб супроводжується уповільненням мислення, пригніченим станом, порушенням сну і апетиту, суїцидальними думками, почуттями безпорадності і безнадійності, втратою інтересу до повсякденної діяльності, нездатності отримувати задоволення. Структурні відмінностями депресивних станів комор бідних до опіоїдної залежності характеризуються більшою виразністю ангедонії та алекситимії, важкими порушеннями сну, більш інтенсивною соматизацією та масивним включенням психогенних чинників у ідеаторний компонент депресивного стану. Характеристиками коморбідних станів тривоги є флуктуація симптомів та їх асоціація зі станами абстиненції, висока частота алекситимії та значна інтенсивність психовегетативних симптомів. Також, як і для депресивних розладів для станів тривоги коморбідних до опіоїдної залежності характерним є прибільшення хворими соціального стресу як джерела негативного наповнення думок [49, 69, 77, 98, 150].

Психічні порушення патоафективного спектра є предиктором низького рівня психосоціального функціонування залежних осіб, збільшують частоту рецидивів і передозування опіоїдами, а також перешкоджають формуванню комплаєнсу [43, 48, 56, 92, 96]. Група осіб, що страждають на патоафективні

розлади, що є комор бідними до стану опіоїдної залежності мають різко підвищений ризик реалізації суїциду та аутодеструктивної поведінки в 5-20 разів в порівнянні зі здоровими особами [18, 33, 88].

Стани депресії в осіб які перебувають на ЗПТ в значній мірі підвищують ризик передозування наркотичним агентом у контексті його позапрограмного використання при аутокурації порушень сну та психовегетативних симптомів, крім цього, наявність депресивного стану асоційована з високим ризиком додаткового вживання алкоголю та психоактивних речовин інших груп, що призводить до значного утруднення лікування. Коморбідні тривожні стани тривоги в осіб з опіоїдної залежністю є фактором ризику комбінованого вживання опіоїдів та бензодіазепінів, що значно підвищує ризик летальних інтоксикацій [2, 36, 46, 110, 145, 163].

Лікування станів депресій трициклічними антидепресантами, такими як амітриптилін і іміназін, утруднено через підвищення токсичності останніх, що призводить до розвитку серцевих аритмій, пригнічення дихання, зниження артеріального тиску, глибокого патологічного седативного ефекту до рівня коми. Використання селективних інгібіторів моноамінооксидази, утруднено через збільшення ймовірності таких тяжких побічних реакцій як то: збудження, делірію, гіпертермії, судом, артеріальної гіпотензії та пригнічення дихання. Більшість селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, що наразі є найбільш перспективною групою препаратів в лікуванні тривожно-депресивних розладів, асоційовано з високим ризиком розвитку фармакологічної взаємодії, що призводить до серцевої аритмії. Крім того більшість селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну є також інгібіторами ензиму, що метаболізує метадон, що може призвести до втрати контролю над його концентрацією при реалізації програми ЗПТ. Терапія патоафективних розладів, що супроводжуються значними порушеннями мислення нейролептиками фенотіазинового ряду в комбінації ЗПТ не застосовується – їх комбінація з метадоном може призвести до пригнічення дихання, артеріальної гіпотензії,

глибокого седативного ефекту і коми за рахунок прогресивного пригнічення ЦНС [5, 30, 78, 83, 85-86, 111, 139].

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дизайн дослідження та загальна характеристика контингентів та методів. Дослідження проведено у проспективному дизайні у періоді 2016-2019 років. На базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» м. Запоріжжя, обстежено 100 осіб з діагнозом «Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням опіоїдів, синдром залежності» які перебувають на програмі ЗПТ (МКХ-10: F11.22).

За гендерною структурою контингент дослідження складався з 20 жінок та 80 чоловіків. Середній вік дорівнював $41,2 \pm 5,6$ років, стаж систематичного вживання опіоїдів до включення у програму ЗПТ – $12,8 \pm 5,8$ років, середній загальний стаж вживання опіоїдів – $16,1 \pm 7,4$ років, середній строк перебування у програмі ЗПТ на момент початку дослідження – $3,3 \pm 2,0$ років.

При формуванні контингенту дослідження було використано критерії включення та виключення.

Критерії включення:

- вік ≥ 21 рік;
- проходження програми ЗПТ на сайті КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» м. Запоріжжя;
- знаходження на програмі ЗПТ ≥ 9 місяців;
- наявність діагнозу «Психічні і поведінкові розлади, викликані вживанням опіоїдів, синдром залежності» які перебувають на програмі ЗПТ, (МКХ-10: F11.22);
- наявність інформованої згоди на проходження дослідження.

Критерії виключення:

- наявність ВІЛ-інфекції;
- наявність важкого когнітивного дефіциту;
- наявність діагностованих психічних розладів психотичного рівня;

- позапрограмане вживання психоактивних речовин;
- наявність супутніх діагнозів психічних та поведінкових розладів

внаслідок вживання психоактивних речовин (МКХ-10: F10-F19)

- наявність системної соматичної патології у стані декомпенсації;

У дослідженні використано наступні методи:

- клініко-анамнестичний, використовувався задля встановлення загальних характеристик контингенту дослідження та був реалізований за рахунок дослідження медичної документації осіб з контингенту дослідження та неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю;

- клініко-психопатологічний, використовувався задля дослідження інтенсивності та структури психопатологічних проявів та був реалізований з використанням двох діагностичних інструментів спрямованих на якісну та кількісну ідентифікацію проявів КПС.

Задля якісної ідентифікації КПС було використано *«Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів»* (Д. Менделевич, К. Яхін, 1978) [47]. Опитувальник орієнтовано на суб'єктивне встановлення наявності 6 категорій психопатологічних проявів непсихотичного рівня та складається з 68 питань, які сформульовано задля встановлення частоти прояву патологічних симптомів, та передбачає фіксований діапазон відповідей (шкала Лайкерта) від 1 до 5 балів (5 балів – «ніколи не було», 4 бали – «рідко», 3 бали – «іноді», 2 бали – «часто», 1 бал – «постійно або завжди»). Кожне з питань опитувальника належить до однієї з 6 діагностичних категорій (шкал), а саме: шкали тривоги, шкали невротичної депресії, шкали астенії, шкали істеричного типу реагування, шкали obsесивно-фобічних порушень, шкали вегетативних порушень.

Після отримання оцінок за кожним з питань в балах («сірі бали») результати опитування за допомогою спеціальних діагностичних таблиць, які включені у методику обрахування опитувальника та передбачають присвоєння кожному варіанту відповіді на кожне з поставлених питань діагностичного коефіцієнту (позитивного або негативного), після чого сума діагностичних

коефіцієнтів за кожною діагностичною категорією (сукупністю питань, які складають «шкалу») порівнюється з конвенційними пороговими значеннями: «більше +1,28» – відповідає відсутності даного психопатологічного стану; «менше -1,28» – відповідає наявності даного психопатологічного стану; сума діагностичних коефіцієнтів «між +1,28 та -1,28» – відповідає сумнівному результату (у контексті дослідження ми враховували такі результати як негативні).

Для кількісної ідентифікації інтенсивності КПС було використано «Симптоматичний опитувальник *SCL-90-R*» (Symptom Check List-90-Revised; L. Derogatis et al, 1973) [67]. Опитувальник орієнтовано на кількісний аналіз інтенсивності прояву основних категорій психопатологічних симптомів та складається з 90 питань, які сформульовано задля встановлення ступеню прояву симптомів, та передбачає фіксований діапазон відповідей (шкала Лайкерта) від 0 до 4 балів (0 балів – «проявів немає», 1 бал – «легкі прояви»; 2 бали – «помірні прояви»; 3 бали – «сильні прояви»; 4 бали – «дуже сильні прояви»).

Кожне з питань опитувальника належить до однієї з 9 діагностичних категорій (шкал):

1) соматизації (somatization (SOM) – фізичні (соматоформні) прояви психічної патології: поліморфні вегетативні, функціональні, алгічні та нейроязові скарги);

2) obsesивно-компульсивних розладів (obsessive-compulsive (O-C) – нав'язливі феномени: думки, імпульси, образи, дії, які не підлягають контролю особи та сприймаються як дискомфортні);

3) інтерперсональної чутливості (interpersonal Sensitivity (INT) – прояви патологічного самосприйняття: відчуття власної неповноцінності, самоприниження та соціальної несталості);

4) депресії (depression (DEP) – прояви депресивного стану: гіпотимії, гіпобулії ангедонії; гіпоенергізму тощо);

5) тривоги (anxiety (ANX) – прояви патологічної тривоги: настороженості, занепокоєння, проспективного дистресу, інтрузивних думок тощо);

6) ворожості (hostility (HOS) – прояви іраціональної агресії: відчуття злості, дратівливості, експлозивності тощо);

7) фобічної тривожності (phobic anxiety (PHOB) – прояви нав'язливих страхів «фобій»: стійкі, стереотипні патологічні реакції страху або пароксизмальної тривожності у відповідь на специфічні думки, обставини або соціальні ситуації);

8) паранояльності (paranoid Ideation (PAR) – прояви порушення мислення, що є передумовами формування патологічних (надцінних або маячних ідей): підозрілість, торпідність, ригідність мислення, апофенічні феномени тощо);

9) психотизму (psychoticism (PSY) – прояви передумов переходу на психотичний рівень психопатологічних проявів: соціальна аутоізоляція та алієнація, іраціональне наповнення думок, втрата самокритики, патологічний символізм тощо).

Задля отримання результатів опитування проводиться підрахунок середнього значення відповіді на питання за сукупністю питань, які входять у кожну «шкалу». Крім того діагностичний інструмент передбачає отримання загального індексу важкості психопатології (Global severity index, GSI), що є середнім значенням відповіді на усі питання опитувальника та відображає сукупний рівень прояву психопатологічних симптомів без їх прив'язки до специфічного типу.

Отримані результати мають значення від 0 до 4 балів та є «псевдокількісними» даними та не може бути прямо використаний у статистичному аналізі. У контексті дослідження це було вирішено переводом таких даних у якісні на основі конвенційних значень: на основі показників психодіагностичного інтерв'ю суцільного контингенту (100 осіб), нами було виділено 3 діагностичні рівні показника GSI, які відповідали розподілу самостійної оцінки самопочуття «з причин пов'язаних з психічним здоров'ям». 11 з 12 осіб (91,7 %) з показниками GSI менше «0,50» заперечували наявність

проявів психічного неблагополуччя; 49 з 52 осіб (92,3 %) з показниками GSI між «0,51» і «1,50» повідомляли про наявність дискомфорту з причин пов'язаних з психічним здоров'ям и; 30 з 36 (83,3 %) осіб з показниками GSI більше «1,51» свідчили про виражений дискомфорті в силу наявності проявів психічного неблагополуччя або конкретних психопатологічних симптомів).

– психодіагностичний, використовувався задля дослідження психологічного сприйняття психопатологічних симптомів, був реалізований з використанням неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю (співбесіда з особою, що передбачає протокол опитування особи за тематичним планом з наступним аналізом та інтерпретацією вільних відповідей особи на запитання дослідника з метою отримання нечислових даних).

Соціальні та психологічні аспекти впливу КПС на особу було досліджено з використанням Опитувальника *«Соціальної значущості хвороби»* О. І. Сердюка [47]. Опитувальник орієнтовано на кількісний аналіз інтенсивності впливу патологічного стану або захворювання на психосоціальне функціонування особи та складається з 10 питань, які передбачають фіксований діапазон відповідей (шкала Лайкерта) від 1 до 5 балів (1 бал – «точно ні», 2 бали – «скоріше ні»; 3 бали – «не можу однозначно відповісти»; 4 бали – «скоріше так»; 5 бали – «точно так»).

Опитувальник аналізує 10 основних аспектів психосоціального функціонування: обмеження відчуття сили і енергії, погіршення ставлення до хворого в родині, обмеження задоволень, погіршення ставлення до хворого на роботі, обмеження вільного часу, обмеження кар'єри, зниження фізичної привабливості, формування почуття збитковості; обмеження спілкування, матеріальна шкода.

Отримані результати було переведено у якісні дані на основі конвеційних значень: результати у діапазоні «від 1 до 3 балів» – інтерпретувалися як негативні, в діапазоні «від 4 до 5 балів» – інтерпретувалися як позитивні.

– статистичний, використовувався для обробки результатів дослідження та оцінки їх достовірності. Усі розрахунки здійснювали на ПЕОМ за

допомогою програми «Statistica 13.0» («StatSoft», США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5).

Нормальність розподілу оцінювали за допомогою тесту Shapiro-Wilk. Відмінність розподілу від нормального вирішено використанням непараметричних методів статистичного аналізу.

Псевдокількісні дані, розраховані у «балах», отримані з використанням діагностичних інструментів «Simptom Check List-90-Revised» та «Опитувальника «Соціальної значущості хвороби» було трансформовано у якісні дані на основі конвенційних порогових значень.

Достовірність відмінностей якісних ознак оцінювали з використанням критерію χ^2 Пірсона; у малих групах дослідження, для розрахунку достовірності відмінностей якісних ознак використовували також точний метод Фішера.

Кореляційні зв'язки між показниками обчислювалися з використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмана (r). Показники кореляційного зв'язку у залежності від значення коефіцієнта кореляції класифікували за шкалою Чеддока, зокрема, значення коефіцієнту «0 – 0,29» – вкрай слабка кореляція; «0,30 – 0,49» – слабка кореляція «0,50 – 0,69» – середня кореляція; «0,70 – 0,89» – висока кореляція; «0,90 – 1,0» – вкрай висока кореляція, або функціональний зв'язок [37].

Для всіх видів аналізу, відмінності ознак вважали вірогідними при значенні $p < 0,05$.

Дослідження реалізовано в 4 етапи.

Перший, клініко-анамнестичний, етап дослідження було проведено на суцільному контингенті шляхом аналізу медичної документації та неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю. Метою етапу було встановлення та аналіз представленості психопатогенетичних факторів КПС, їх систематизація та визначення ролі у генезі КПС.

Другий, клініко-психопатологічний, етап дослідження було проведено шляхом використання «Клінічного опитувальника для виявлення та оцінки

невротичних станів» та Симптоматичного опитувальника SCL-90-R, на підставі чого було проведено розділення контингенту дослідження на 3 групи за критерієм загальної важкості психічних порушень, що обумовлено КПС, з використанням показника GSI у структурі SCL-90-R. Г1 мала показник $GSI \leq 0,5$ та була складена 12 особами, які мають компенсований рівень КПС; Г2 мала показник $GSI = 0,51-1,50$ та була складена 52 особами, які мають субкомпенсований рівень КПС; Г3 мала показник $GSI \geq 1,51$ та була складена 36 особами, які мають декомпенсований рівень КПС. Метою етапу було визначення якісної та кількісної представленості КПС в групах дослідження, встановлення внутрішньої структури КПС, виділення та систематизація СМК КПС.

Третій, психодіагностичний етап було реалізовано в групах дослідження шляхом використання опитувальника «Соціальної значущості хвороби» О. І. Сердюка. Метою етапу був аналіз психосоціальних наслідків КПС в залежності від їх інтенсивності.

Четвертий, психотерапевтичний, етап дослідження було проведено на суцільному контингенті шляхом неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю та повторного клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження у паралельних групах (група контролю (ГК) – 30 осіб та група дослідження (ГД) – 30 осіб). Метою етапу була розробка принципів та схеми ПТ КПС та якісний аналіз їх ефективності.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА ПСИХОПАТОГЕНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

На першому етапі дослідження для встановлення характеру проявів КПС було проведено психодіагностичне інтерв'ю з використанням анамнестичних даних та даних медичної документації осіб з контингенту дослідження.

Виявлено 5 груп психопатогенетичних факторів та встановлено характер їх психопатологічні корелятив. Кореляти психопатогенетичних факторів, наявних в контингенті дослідження, дозволили провести вибір основної психодіагностичної методики – SCL-90-R та категоризацію симптомів у відповідності зі структурою діагностичного інструменту, а саме: соматичний дистрес (SOM), obsесивно-компульсивні симптоми (O-C), міжособистісна сенситивність (INT), депресія (DEP), тривога (ANX), ворожість (HOS), фобічні симптоми (PHOB), паранояльність (PAR) та психотизм (PSY).

1. Екзогенні фактори (табл. 3.1) – зміни дозування препарату у програмі ЗПТ, або дестабілізація дозування при зміні препарату ЗПТ у контексті активного стану залежності, що викликають виникнення психічної та психологічної депривації, у рамках якої підвищується інтенсивність прояву афективних та психовегетативних симптомів. Досвід переживання таких станів та розуміння їх походження призводить до анозогнозії щодо психопатологічних симптомів іншого походження, а їх корекція приносить полегшення, яке маскує інтенсивність фонових психопатологічних симптомів.

Таблиця 3.1 – Психопатогенетичні фактори екзогенної групи та їх психопатологічні кореляти в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ

Фактор	Частота (n, %)	Відомі психопатологічні кореляти
Поступове зниження дозування агенту ЗПТ / неможливість компенсації толерантності до агенту ЗПТ	19	анозогнозія ^{PSY} , тривога ^{ANX} , збудження ^{ANX} , ангедонія ^{DEP} , алекситимія ^{PSY} , дисфорія ^{HOS} , нав'язливий потяг до об'єкту залежності ^{O-C} , психовегетативні симптоми ^{SOM} та соматоформні порушення ^{SOM}
Нестабільне дозування агенту ЗПТ / заміна препарату ЗПТ	7	анозогнозія ^{PSY} , дратівливість ^{HOS} , алекситимія ^{PSY} , емоційна лабільність ^{PSY} , психовегетативні симптоми ^{SOM} та соматоформні порушення ^{SOM}
Підвищення дозування агенту ЗПТ	32	анозогнозія ^{PSY} , алекситимія ^{PSY} , психовегетативні симптоми ^{SOM} та
Прояв сторонніх ефектів агенту ЗПТ	13	соматоформні порушення ^{SOM}
Проблемне позапрограмне вживання алкоголю (постінтоксикаційні феномени)	31	гіпотимія ^{DEP} , дратівливість, емоційна лабільність ^{PSY} , психовегетативні симптоми ^{SOM} та соматоформні порушення ^{SOM}

2. Органічні фактори (табл. 3.2) – досвід вживання хімічно агресивних сурогатів опію, супутньої алкоголізації та кумуляції травматичних уражень ЦНС, які призводять до розвитку психоорганічного синдрому. Дана група факторів представлена емоційною лабільністю, торпідністю мислення, дратівливістю, виснажливістю та легкими когнітивними порушеннями, що

зумовлюють підвищення загальної збудливості з ретенцією афекту та патологічною фіксацією асоціацій.

Таблиця 3.2 – Психопатогенетичні фактори органічної групи та їх психопатологічні кореляти в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ

Фактор	Частота (n, %)	Відомі психопатологічні кореляти
Травматичні ураження ЦНС	26	дратівливість ^{HOS} , виснажливість ^{SOM} , сенситивність ^{INT} , асоціативні порушення ^{PAR} , порушення критики ^{PSY} , психовегетативні симптоми ^{SOM}
Токсичні ураження ЦНС	19	агресія ^{HOS} , дисфорія ^{HOS/PSY} імпульсивність ^{PSY} , дратівливість ^{HOS} , тривога ^{ANX} , емоційна лабільність ^{PSY} , асоціативні порушення ^{PAR} , порушення критики ^{PSY} , психовегетативні симптоми ^{SOM}
Дисциркуляторні ураження ЦНС	12	дратівливість ^{HOS} , виснажливість ^{SOM} , сенситивність ^{INT} , психовегетативні симптоми ^{SOM}

3. Соматогенні фактори (табл. 3.3) – симптоматичні прояви хронічних соматичних захворювань представлені психастенічним синдромом, який характеризується підвищенням рівня тривоги, дратівливістю, виснажливістю, диссомнією та вегетативними порушеннями. Дана група факторів призводять до зниження психічної резистентності щодо психогенних впливів та інтенсифікації тривоги.

Таблиця 3.3 – Психопатогенетичні фактори соматогенної групи та їх психопатологічні кореляти в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ

Фактор	Частота (n, %)	Відомі психопатологічні кореляти
Інфекційна патологія (парентеральні інфекції)	19	гіпотимія ^{DEP} , тривога ^{ANX} , фобічні стани ^{PHOB} , дратівливість ^{HOS} , виснажливість ^{SOM} , сенситивність ^{INT} , порушення самосприйняття ^{INT} , психовегетативні симптоми ^{SOM}
Ендокринна патологія	10	дратівливість ^{HOS} , виснажливість ^{SOM} , сенситивність ^{INT} , порушення самосприйняття ^{INT} , тривога ^{ANX} , фобічні стани ^{PHOB} , психовегетативні симптоми ^{SOM}
Кардіоваскулярна патологія	36	психовегетативні симптоми ^{SOM} , тривога ^{ANX} , ангедонія, фобічні стани ^{PHOB}

4. Психогенні фактори (табл. 3.4) – наслідки сімейної дезадаптації, наркологічної стигматизації, скрутного матеріального становища та патологічного соціального оточення, що забезпечують системний вплив на психосоціальне функціонування та самосприйняття. В контингенті дослідження дана група факторів призводить до виникнення тривожно-депресивних станів, що у контексті впливу факторів інших груп набувають специфічний депресивно-дисфоричний характер.

Таблиця 3.4 – Психопатогенетичні фактори психогенної групи та їх психопатологічні кореляти в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ

Фактор	Частота (n, %)	Відомі психопатологічні кореляти
Реакції на наркологічну стигматизацію	62	гіпотимія ^{DEP} , тривога ^{ANX} , порушення самосприйняття ^{INT}
Реакції на сімейну дезадаптацію	41	тривога ^{ANX} , порушення самосприйняття ^{INT} ,
Реакції на матеріальну дезадаптацію	46	гіпотимія ^{DEP} , демонстративність ^{INT} , маніпулятивна поведінка ^{INT}
Реакції на патологічне соціальне оточення	18	агресія ^{HOS} , імпульсивність ^{PSY} , фобічні стани ^{PHOB}
Нозогенні реакції	23	тривога ^{ANX} , ангедонія ^{DEP} , фобічні стани ^{PHOB} , іпохондричні ідеї ^{PAR} , гіпотимія ^{DEP} , дратівливість ^{HOS} , виснажливність ^{SOM} , сенситивність ^{SOM} , порушення самосприйняття ^{INT} , психовегетативні симптоми ^{SOM}
Досвід непрофесійного лікування залежності	56	анозогнозія ^{PSY} , демонстративність ^{INT} , маніпулятивна поведінка ^{INT}

5. Персонологічні фактори (табл. 3.5) – наслідки специфічної трансформації залежної особистості та пристосування до негативного соціального оточення, які проявляються у демонстративності, імпульсивності та маніпулятивній поведінці, що не підлягають корекції та критичному осмисленню. Наявність персонологічних порушень призводить до зниження інтенсивності реакцій на психогенні чинники водночас поглиблюючи психосоціальну дезадаптацію. Демонстративна та маніпулятивна поведінка зміненої особистості маскує суб'єктивну важкість психопатологічних проявів при обстеженні.

Таблиця 3.5 – Психопатогенетичні фактори патоперсонологічної групи та їх психопатологічні кореляти в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ

Фактор	Частота (n, %)	Відомі психопатологічні кореляти
Пристосування особистості до існування у стані залежності	76	анозогнозія ^{PSY} , агресія ^{HOS} , імпульсивність ^{PSY/HOS} , демонстративність ^{INT} , маніпулятивна поведінка ^{INT}
Пристосування особистості до патологічного соціального оточення	18	анозогнозія ^{PSY} , тривога ^{ANX} , відчуття соціальної несправедливості ^{INT}
Пристосування особистості до патологічного модусу сімейного життя	41	втрата самоконтролю ^{PSY} , підозрілість ^{PAR} , агресія ^{HOS} , анозогнозія ^{PSY}
Пристосування особистості до матеріального колапсу	46	фрустрація ^{PSY} , демонстративність ^{INT} , агресія ^{HOS}

На основі аналізу впливу психопатогенетичних чинників на КПС було сформовано концепцію психопатогенезу КПС (табл. 3.6).

Проведено визначення представленості і профілю інтенсивності психопатологічних симптомів різних груп. Враховуючи фактор варіабельності результатів в залежності від фармакокінетики агенту ЗПТ, задля стандартизації протоколу обстеження, заповнення опитувальників проводилося у інтервалі 8-10 годин після його планового прийому.

Таблиця 3.6 – Концепція психопатогенезу КПС

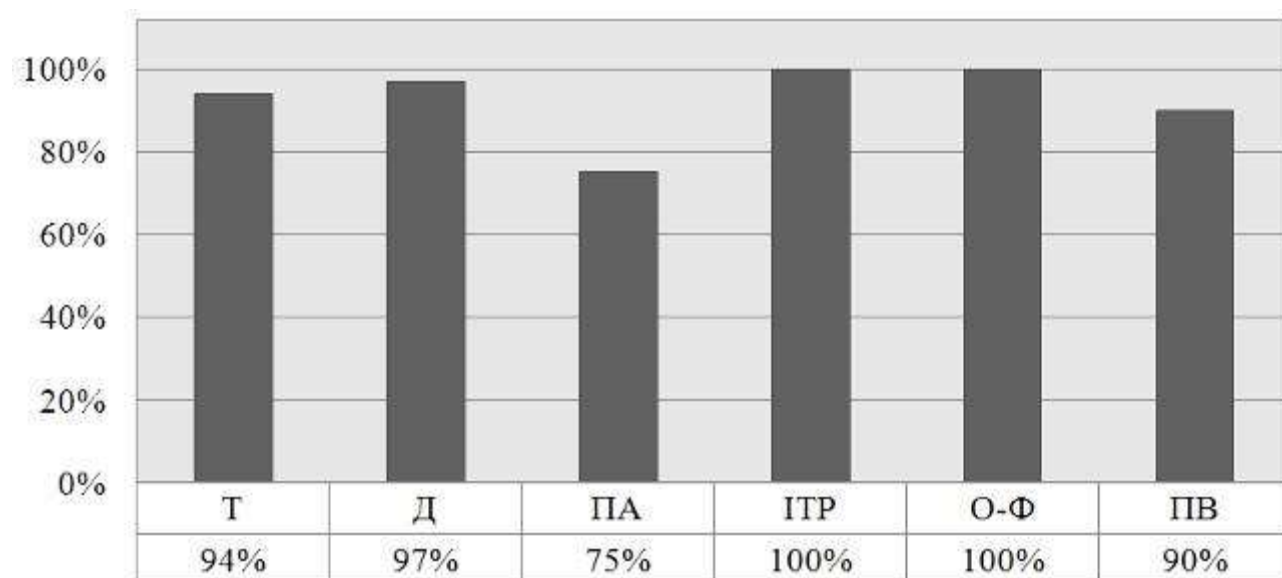
Група симптомів (SCL-90-R)	Психопатогенетичні фактори					Характер прояву психопатологічних порушень
	Екзогенні	Органічні	Соматогенні	Психогенні	Персоналогічні	
1	2	3	4	5	6	7
SOM	↕	–	↑	–	–	поліморфні психовегетативні симптоми, що комбінуються з соматичними проявами тривоги та депресії, фізичними проявами абстинентного стану та соматичними симптомами наявних хронічних розладів, що не можуть бути диференційовані особою
O-C	↕	↑	–	–	–	нав'язливий потяг до наркотичного агенту та нав'язливі спогади станів сп'яніння які підлягають контролю, але викликають фрустрацію з переходом до дисфорії
INT	–	–	↑	↑	↓	відчуття соціальної несправедливості, що важко переноситься особою але водночас може демонструватися як інструмент маніпуляції
DEP	↕	–	↑	↑	↓	стійка гіпотимія з ангедонією що має динаміку флуктуації з переходом до станів дисфорії, з формуванням транзиторних змішаних депресивно-дисфорійних станів

Продовження таблиці 3.6.

1	2	3	4	5	6	7
ANX	↕	↑	↑	↑	↓	поєднання стійкої безпредметної тривоги помірного рівня та пароксизмальних станів інтенсивної тривоги, що виникають в при психоемоційному виснаженні після дисфоричних реакцій або фрустрації
HOS	↑	↑	–	↑	↑	поєднання стійкої дратівливості та дисфорійних пароксизмів складної структури (агресія, імпульсивність, демонстративність) з переходом до стану психоемоційного виснаження
PNOB	↕	–	↑	↑	–	пароксизмальні стани інтенсивної тривоги з втратою самоконтролю та психовегетативними симптомами, що виникають в умовах виснаження після дисфоричних реакцій або у стані фрустрації
PAR	–	↑	–	–	↑	підозрілість, що загострюються у станатах фрустрації та підкріплюються відчуттям соціальної несправедливості, соціальною відчуженістю, патологічним оточенням та наркологічною стигматизацією
PSY	↑	↑	↑	–	↑	анозогнозія відносно психопатологічних проявів та втрата самоконтролю в станах дисфорії та паркосизмальної тривоги
Примітка. «↑» – ініціація появи або підвищення інтенсивності психопатологічних симптомів, «↓» – зниження інтенсивності психопатологічних симптомів, «↕» – динамічний характер впливу на інтенсивність психопатологічних симптомів «–» – відсутність значущого впливу психопатологічні симптоми						

Якісний аналіз частоти якісної ідентифікації в контингенті дослідження психопатологічних станів тривоги, депресії, психастенії, істеричного типу

реагування, obsесивно-фобічних та психовегетативних станів представлено на рис. 3.1.



Примітка. «Т» – тривога; «Д» – депресія, «ПА» – психастенія, «ІТР» – істеричний тип реагування, «О-Ф» – obsесивно-фобічні стани, «ПВ» – психовегетативні стани

Рисунок 3.1 – Частоти якісної ідентифікації в контингенті дослідження психопатологічних станів за даними клінічного опитувальника для виявлення.

Встановлено, що тривога як патологічний стан спостерігається у 94 (94 %) осіб, прояви невротичної депресії у 97 (97 %) осіб, прояви астеничного синдрому – у 77 (77 %) осіб, істеричний тип реагування та obsесивно-фобічні прояви мали абсолютну представленість (100% контингенту), психовегетативні порушення виявлені у 90 (90 %) осіб.

Зважаючи на тотальну представленість в контингенті основних неpsychотичних психопатологічних станів, задля встановлення профілю інтенсивності окремих груп психопатологічних симптомів було проведено кількісний аналіз з використанням симптоматичного опитувальника SCL-90-R.

Усі групи симптомів, передбачені SCL-90-R, нами було систематизовано на 3 спектри:

1) патоафективний (симптоми тривоги та депресії): відображає особливості афективного статусу, що сприймаються в контингенті дослідження як негативні включає підшкали DEP та ANX.

2) псевдоневротичний (обсесивно-компульсивні, психовегетативні, фобічні симптоми та симптоми порушення самосприйняття): відображає особливості психопатологічних проявів що традиційно розглядаються у контексті клініки невротичних станів, включає підшкали O-C, SOM, PNOB та INT.

3) психоорганічний (асоціативні та дисфоричні симптоми та симптоми психотизму): відображає психопатологічні прояви що є типовими при дифузних екзогенно-органічних ураженнях ЦНС (розглядається у контексті набутих змін особистості та психоорганічного синдрому), включає підшкали NOS, PAR та PSY.

Отримані дані, на основі показників психодіагностичного інтерв'ю суцільного контингенту, було розділено на 3 рівні, що відповідають ступеням клінічного значення симптомів (показники GSI відповідали розподілу самостійної оцінки самопочуття «з причин пов'язаних з психічним здоров'ям». 11 з 12 осіб (91,7%) з показниками GSI менше «0,50» заперечували наявність проявів психічного неблагополуччя; 49 з 52 осіб (92,3%) з показниками GSI між «0,51» і «1,50» повідомляли про наявність дискомфорту з причин пов'язаних з психічним здоров'ям и; 30 з 36 (83,3%) осіб з показниками GSI більше «1,51» свідчили про виражений дискомфорті в силу наявності проявів психічного неблагополуччя або конкретних психопатологічних симптомів):

– компенсація (К): дискомфорт виникає рідко, або не виникає зовсім, має малу інтенсивність), відповідає діапазону значень від 0 до 0,50 за даною підшкалою;

– субкомпенсація (СК): дискомфорт присутній, але не є частим, має помірну інтенсивність, відповідає діапазону значень від 0,51 до 1,50 за даною підшкалою;

– декомпенсація (ДК): дискомфорт виникає часто, або є постійним, має значну інтенсивність, відповідає діапазону значень більше 1,51 за даною підшкалою.

На основі аналізу індексу загального рівня важкості симптомів виділено 3 групи дослідження:

– Г1: 12 осіб з показником загального рівня важкості симптомів за SCL-90-R $<0,5$, які є компенсованими за критерієм рівня інтенсивності коморбідних психопатологічних проявів;

– Г2: 52 особи з показником загального рівня важкості симптомів за SCL-90-R між 0,51 та 1,50, які є субкомпенсованими за критерієм рівня інтенсивності коморбідних психопатологічних проявів;

– Г3: 36 осіб з показником загального рівня важкості симптомів за SCL-90-R $\geq 1,51$, які є декомпенсованими за критерієм рівня інтенсивності коморбідних психопатологічних проявів.

Результати наведено у табл. 3.7

Таблиця 3.7 – Розподіл інтенсивності окремих груп КПС в суцільному контингенті дослідження за даними SCL-90-R

Групи КПС	Кількість осіб з рівнем інтенсивності групи КПС		
	$\leq 0,50$	0,51-1,50	$\geq 1,51$
1	2	3	4
Соматичний дистрес (SOM)	11	50	39
Обсесивно-компульсивні симптоми (О-С)	11	71	18
Міжособистісна сенситивність (INT)	28	54	18
Депресія (DEP)	12	50	38
Тривога (ANX)	22	47	31
Ворожість/агресія (HOS)	14	51	35
Фобічні симптоми (PHOB)	53	20	27
Паранояльність (PAR)	21	47	32

Продовження таблиці 3.7

1	2	3	4
Психотизм (PSY)	35	42	23
Загальний рівень важкості симптомів (GSI)	12	52	36

Для встановлення взаємного впливу на інтенсивність проявів окремих груп психопатологічних симптомів було проведено дослідження їх кореляційних зв'язків.

За результатами вивчення рівнів інтенсивності психопатологічних проявів та урахуванням вираженого кореляційного зв'язку між усіма групами симптомів та показником загального рівня важкості симптомів (SOM ($r=0,58$, $p<0,05$), O-C ($r=0,83$, $p<0,05$), INT ($r=0,73$, $p<0,05$), DEP ($r=0,87$, $p<0,05$), ANX ($r=0,92$, $p<0,05$), HOS ($r=0,82$, $p<0,05$), PHOB ($r=0,85$, $p<0,05$), PAR ($r=0,84$, $p<0,05$), PSY ($r=0,81$, $p<0,05$)) (табл. 3.8).

Таблиця 3.8 – Матриця кореляцій для груп психопатологічних симптомів за даними SCL-90-R для суцільного контингенту дослідження

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	1								
O-C	0,46	1							
INT	0,25	0,64	1						
DEP	0,53	0,72	0,81	1					
ANX	0,61	0,78	0,62	0,78	1				
HOS	0,27	0,69	0,56	0,66	0,71	1			
PHOB	0,41	0,70	0,63	0,66	0,79	0,68	1		
PAR	0,22	0,64	0,67	0,68	0,76	0,75	0,73	1	
PSY	0,24	0,56	0,46	0,58	0,73	0,78	0,75	0,83	1
GSI	0,58	0,84	0,75	0,88	0,92	0,82	0,85	0,84	0,81

Примітка. Значення сили кореляційного зв'язку було оцінено за шкалою Чеддока: «0 – 0,29» – вкрай слабка (не виділено кольором); «0,30 – 0,49» – слабка (не виділено кольором); «0,50 – 0,69» – середня (виділено світло-сірим кольором); «0,70 – 0,89» – висока (виділено

сірим кольором); 0,90 – 1,0 – вкрай висока (виділено темно-сірим кольором). Жирним шрифтом виділено достовірні значення на рівні $p < 0,05$.

Таким чином за результатами першого етапу дослідження встановлено:

1) КПС в осіб які перебувають на програмі ЗПТ мають складний мультифакторіальний генез, який призводить до викривлення характеру їх клінічних проявів відносно таких в загальній популяції, що зумовлює їх специфічність;

2) психопатогенетичні фактори КПС мають різноспрямований вплив на суб'єктивну оцінку важкості власного стану та нозогнозію в осіб які перебувають на програмі ЗПТ, що призводить до утруднення діагностики інтенсивності проявів стандартними клінічними інструментами;

3) КПС в осіб які перебувають на програмі ЗПТ мають специфічний клінічний профіль – у контингенті дослідження представлено усі групи психопатологічних порушень при їх помірній інтенсивності.

4) усі групи КПС мають позитивний показник кореляційного зв'язку між собою, що дозволяє розглядати їх як єдиний, але поліморфний розлад.

Резюме

На першому етапі дослідження було проведено визначення клініко-анамнестичних характеристик осіб з контингенту дослідження ракурсі їх ролі у психопатогенезі КПС. Виділено 5 груп психопатогенетичних факторів: екзогенну (поступове зниження дозування агенту ЗПТ / неможливість компенсації толерантності до агенту ЗПТ – 19 (19 %) осіб, нестабільне дозування агенту ЗПТ / заміна препарату ЗПТ – 7 (7 %) осіб, підвищення дозування агенту ЗПТ – 32 (32 %) особи, прояв сторонніх ефектів агенту ЗПТ – 13 (13 %) осіб, Проблемне позапрограмне вживання алкоголю (постінтоксикаційні феномени) – 31 (31 %) особа), органічну (травматичні ураження ЦНС – 26 (26 %) осіб, токсичні ураження ЦНС – 19 (19 %) осіб, дисциркуляторні ураження ЦНС – 12 (12 %) осіб), соматогенну (інфекційна

патологія (парентеральні інфекції) – 19 (19 %) осіб, ендокринна патологія – 10 (10%) осіб, кардіоваскулярна патологія – 36 (36 %) осіб), психогенну (реакції на наркологічну стигматизацію – 62 (62 %) осіб, реакції на сімейну дезадаптації – 41 (41 %) осіб, реакції на матеріальну дезадаптації – 46 (46 %) осіб, реакції на патологічне соціальне оточення – 18 (18 %) осіб, нозогенні реакції – 23 (23 %) особи, досвід непрофесійного лікування залежності – 56 (56 %) осіб), патоперсонологічну (пристосування особистості до існування у стані залежності – 76 (76 %) осіб, пристосування особистості до патологічного соціального оточення – 18 (18 %) осіб, пристосування особистості до патологічного модусу сімейного життя – 41 (41 %) осіб, пристосування особистості до матеріального колапсу – 46 (46 %) осіб).

На основі аналізу впливу психопатогенетичних чинників на КПС було сформовано концепцію психопатогенезу КПС

Проведено якісний аналіз частоти якісної ідентифікації в контингенті дослідження психопатологічних станів тривоги, депресії, психастенії, істеричного типу реагування, obsesивно-фобічних та психовегетативних станів за допомогою «Клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів». Встановлено, що тривога як патологічний стан спостерігається у 94 (94 %) осіб, прояви невротичної депресії у 97 (97 %) осіб, прояви астеничного синдрому – у 77 (77 %) осіб, істеричний тип реагування та obsesивно-фобічні прояви мали абсолютну представленість (100% контингенту), психовегетативні порушення виявлені у 90 (90 %) осіб.

Зважаючи на тотальну представленість в контингенті основних непсихотичних психопатологічних станів, задля встановлення профілю інтенсивності окремих груп психопатологічних симптомів було проведено кількісний аналіз з використанням симптоматичного опитувальника SCL-90-R.

Усі групи симптомів, передбачені SCL-90-R, було систематизовано на 3 спектри:

1) патоафективний (симптоми тривоги та депресії): відображає особливості афективного статусу, що сприймаються в контингенті дослідження як негативні включає підшкали DEP та ANX.

2) псевдоневротичний (обсесивно-компульсивні, психовегетативні, фобічні симптоми та симптоми порушення самосприйняття): відображає особливості психопатологічних проявів що традиційно розглядаються у контексті клініки невротичних станів, включає підшкали O-C, SOM, PНОВ та INT.

3) психоорганічний (асоціативні та дисфоричні симптоми та симптоми психотизму): відображає психопатологічні прояви що є типовими при дифузних екзогенно-органічних ураженнях ЦНС (розглядається у контексті набутих змін особистості та психоорганічного синдрому), включає підшкали НОS, PAR та PSY.

На основі аналізу індексу загального рівня важкості симптомів виділено 3 групи дослідження: Г1 (12 осіб з показником загального рівня важкості симптомів за SCL-90-R <0,5); Г2 (52 особи з показником загального рівня важкості симптомів за SCL-90-R між 0,51 та 1,50); Г3 (36 осіб з показником загального рівня важкості симптомів за SCL-90-R \geq 1,51).

За результатами вивчення рівнів інтенсивності психопатологічних проявів та урахуванням вираженого кореляційного зв'язку між усіма групами симптомів та показником загального рівня важкості симптомів (SOM ($r=0,58$, $p<0,05$), O-C ($r=0,83$, $p<0,05$), INT ($r=0,73$, $p<0,05$), DEP ($r=0,87$, $p<0,05$), ANX ($r=0,92$, $p<0,05$), НОS ($r=0,82$, $p<0,05$), PНОВ ($r=0,85$, $p<0,05$), PAR ($r=0,84$, $p<0,05$), PSY ($r=0,81$, $p<0,05$), було проведено розподіл контингенту на групи дослідження.

За результатами першого етапу дослідження встановлено, що КПС в осіб які перебувають на програмі ЗПТ мають складний мультифакторіальний генез, який призводить до викривлення характеру їх клінічних проявів відносно таких в загальній популяції, що зумовлює їх специфічність; психопатогенетичні фактори КПС мають різноспрямований вплив на суб'єктивну оцінку важкості

власного стану та нозогнозію в осіб які перебувають на програмі ЗПТ, що призводить до утруднення діагностики інтенсивності проявів стандартними клінічними інструментами; КПС неспсихотичного рівня в осіб які перебувають на програмі ЗПТ мають специфічний клінічний профіль – у контингенті дослідження представлено усі групи психопатологічних порушень при їх помірній інтенсивності; усі групи КПС мають позитивний показник кореляційного зв'язку між собою, що дозволяє розглядати їх як єдиний, але поліморфний розлад.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [26, 70].

РОЗДІЛ 4

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КПС В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Для встановлення структурних особливостей КПС на рівні семіотики в групах дослідження було проаналізовано кореляційні зв'язки між групами симптомів.

Для Г1 дані кореляції груп КПС наведено у табл. 4.1.

Таблиця 4.1 – Матриця кореляцій для груп психопатологічних симптомів в Г1

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	1								
O-C	0,50	1							
INT	-0,01	0,02	1						
DEP	0,12	0,04	0,21	1					
ANX	0,78	0,28	0,22	0,58	1				
HOS	-0,12	0,55	0,61	-0,55	-0,05	1			
PHOB	0,19	0,01	0,61	0,38	0,31	0,23	1		
PAR	-0,55	0,04	0,52	-0,31	-0,53	0,76	0,03	1	
PSY	-0,38	0,36	0,02	0,09	-0,19	0,59	-0,14	0,34	1
GSI	0,37	0,68	0,67	0,38	0,51	0,78	0,46	0,29	0,34

Примітка. Значення сили кореляційного зв'язку було оцінено за шкалою Чеддока: «0 – 0,29» – вкрай слабка (не виділено кольором); «0,30 – 0,49» – слабка (не виділено кольором); «0,50 – 0,69» – середня (виділено світло-сірим кольором); «0,70 – 0,89» – висока (виділено сірим кольором); 0,90 – 1,0 – вкрай висока (виділено темно-сірим кольором). Жирним шрифтом виділено достовірні значення на рівні $p < 0,05$.

Аналіз кореляційних зв'язків загального рівня важкості та інших груп психопатологічних симптомів вказує, що важкість стану в Г1 залежить від

симптомів ворожості/агресії ($r=0,78$, $p<0,05$). Другорядними чинниками є obsесивно-компульсивні симптоми ($r=0,68$, $p<0,05$) та симптоми міжособистісної сенситивності ($r=0,67$, $p<0,05$).

Симптоми соматичного дистресу (SOM) наявні у 4 (33,3 %) осіб даної групи. Група симптомів показує високу кореляцію з симптомами тривоги ($r=0,78$, $p<0,05$). В Г1 симптоми соматичного дистресу представлені психовегетативними симптомами (тахікардія, незадоволеність вдихом, нудота, нестабільність артеріального тиску, припливи жару, пілоерекція, вертиго тощо), які є відомими проявами соматизації тривоги та мають спільну пряму залежність від ступеня відповідності дозування агенту ЗПТ до потреби або рівня толерантності особи, динаміки змін дозування агенту ЗПТ та фармакологічних особливостей конкретного препарату при його організованій зміні. Симптоми соматизації в Г1 мають незначний вплив на загальний рівень важкості психопатологічних симптомів (GSI $r=0,37$, $p>0,05$).

Obsесивно-компульсивні симптоми (O-C) наявні у 5 (41,6 %) осіб даної групи, та не має істотних кореляційних зв'язків. В Г1 дана група симптомів не мають систематичної асоціації з іншими групами псевдоневротичних проявів та представлена нав'язливим потягом до наркотичного агенту та є прямим ізольованим наслідком стану залежності як такого. Група симптомів вносить значний вклад у загальний рівень важкості психопатологічних симптомів (GSI $r=0,68$, $p<0,05$).

Симптоми міжособистісної сенситивності (INT) наявні у 3 (25,0 %) осіб даної групи. Група симптомів має середні кореляції з групами симптомів ворожості ($r=0,61$, $p<0,05$) та фобічності ($r=0,61$, $p<0,05$). Міжособистісна сенситивність в Г1, виявляється у образливості та почутті неспроможності формування адекватних соціальних відносин. Важливу роль у формуванні симптомів міжособистісної сенситивності відіграє група психогенних психопатогенетичних чинників: стигматизації, сімейної та матеріальної дезадаптації, реакцій на патологічне соціальне оточення, наявні соматичні захворювання та сексологічні порушення тощо. Дана група симптомів вносить

значний вклад у загальний рівень важкості психопатологічних симптомів (GSI $r=0,67$, $p<0,05$).

Симптоми депресії (DEP) наявні у 2 (16,6 %) осіб даної групи. Група симптомів має середню кореляцію із симптомами тривоги ($r=0,58$, $p<0,05$). В Г1 симптоми депресії представлені гіпотимією та ангедонією, гіпотимією та ангедонією, що сприймаються алекситимічно та виступають рутинним тлом психосоціального функціонування особи, яке пов'язане з недостатністю дозування агенту ЗПТ (псевдоабстиненція). Кореляцію з симптомами тривоги в даному контексті слід сприймати двояко – як загальну структурну рису тривожно-депресивних станів та як загальний наслідок невідповідності дозування агенту ЗПТ. Симптоми депресії мають незначний вплив на загальний рівень важкості психопатологічних симптомів в Г1 (GSI $r=0,38$, $p>0,05$).

Симптоми тривоги (ANX) наявні у 2 (16,6 %) осіб даної групи, мають кореляційні зв'язки з симптомами соматичного дистресу ($r=0,78$, $p<0,05$) та депресії ($r=0,58$, $p<0,05$). Симптоми тривоги в Г1 представлені прогностичним дистресом та загальним занепокоєнням у відношенні об'єктивних обставин життя (сімейний стан, матеріальна дезадаптації, соціальне оточення). Тривога в осіб даної групи може існувати у вигляді соматизованої тривоги, що має типові психовегетативні прояви. Дана група симптомів має спільне підґрунтя та генетичні взаємозв'язки з симптомами соматичного дистресу та депресії, що основане на ефектах впливу дозування агенту ЗПТ та загальному характері коморбідності психопатології невротичного рівня. Тривога вносить помірний вклад у загальний рівень важкості психопатологічних симптомів (GSI $r=0,51$, $p>0,05$).

Симптоми ворожості/агресії (HOS) наявні у 7 (58,3 %) осіб даної групи та має кореляцію з групою симптомів паранояльності ($r=0,76$, $p<0,05$) та середню кореляцію з симптомами психотизму ($r=0,59$, $p<0,05$). В Г1 симптоми ворожості проявляються дратівливістю, імпульсивністю та нетриманням афекту, що поєднується з підозрілістю, образливістю та асоціативними порушеннями, які призводять до ампліфікації агресії та її поряву у якості вербальних актів –

обсценної лексики та крику. Ворожість вносить основний вклад у загальний рівень важкості психопатологічних симптомів (GSI $r=0,78$, $p<0,05$).

Симптоми фобічності (PHOB) не представлені у групі та, відповідно, не мають кореляційних зв'язків.

Симптоми паранояльності (PAR) наявні у 5 (41,6 %) осіб даної групи та мають кореляційний зв'язок з симптомами ворожості/агресії ($r=0,76$, $p<0,05$). Дана група симптомів в Г1 виявляється в підозрілості на тлі асоціативних порушень (торпідність, ригідність, інертність), основною яких виступають соматогенно-органічні психопатогенетичні фактори. Дана група симптомів має основне значення у рівні важкості психопатологічних симптомів (GSI $r=0,78$, $p<0,05$).

Симптоми психотизму (PSY) наявні у 1 (8,3 %) особи даної групи та мають кореляційний зв'язок з симптомами ворожості/агресії ($r=0,59$, $p<0,05$). Дана група симптомів в Г1 представлена анозогнозією щодо проявів КПС з оцінкою будь-якого дистресу як наслідку недостатнього дозування агенту ЗПТ (псевдоабстиненція). До проявів психотизму в Г1 також належать алекситимія, нетримання афекту, імпульсивність та зниження рівня контролю за поведінкою, це пояснює кореляцію симптомів психотизму та ворожості. Дана група симптомів має незначний вплив на загальний рівень важкості психопатологічних симптомів в Г1 (GSI $r=0,34$, $p>0,05$).

Таким чином встановлено, що в Г1, домінують прояви психоорганічного спектра КПС.

Аналіз кореляційних зв'язків загального рівня важкості та інших груп психопатологічних симптомів вказує, що в Г2 важкість стану залежить від симптомів ворожості/агресії ($r=0,73$, $p<0,05$), фобічності ($r=0,71$, $p<0,05$), проявів тривоги ($r=0,65$, $p<0,05$), депресії ($r=0,67$, $p<0,05$) та нав'язливостей ($r=0,67$, $p<0,05$).

Для Г2 дані кореляції груп КПС наведено у табл. 4.2.

Таблиця 4.2 – Матриця кореляцій для груп психопатологічних симптомів в Г2

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	1								
O-C	-0,04	1							
INT	-0,53	0,47	1						
DEP	0,04	0,33	0,45	1					
ANX	0,28	0,40	0,05	0,24	1				
HOS	-0,10	0,41	0,34	0,45	0,42	1			
PHOB	-0,02	0,43	0,23	0,32	0,44	0,63	1		
PAR	-0,31	0,48	0,64	0,43	0,40	0,43	0,42	1	
PSY	-0,23	0,35	0,27	0,37	0,38	0,61	0,75	0,48	1
GSI	0,20	0,67	0,40	0,67	0,65	0,71	0,73	0,63	0,68

Примітка. Значення сили кореляційного зв'язку було оцінено за шкалою Чеддока: «0 – 0,29» – вкрай слабка (не виділено кольором); «0,30 – 0,49» – слабка (не виділено кольором); «0,50 – 0,69» – середня (виділено світло-сірим кольором); «0,70 – 0,89» – висока (виділено сірим кольором); 0,90 – 1,0 – вкрай висока (виділено темно-сірим кольором). Жирним шрифтом виділено достовірні значення на рівні $p < 0,05$.

Симптоми соматичного дистресу (SOM) наявні у 49 (94,2 %) осіб даної групи. Група симптомів має помітну зворотну кореляцію із групою симптомів міжособистісної сенситивності ($r = -0,53$, $p < 0,05$). В Г2 група симптомів соматичного дистресу представлена поєднанням психовегетативних та функціональних вісцеральних проявів, що за рахунок домінування саме функціональних вісцеральних симптомів втрачають зв'язок з симптомами групи тривоги, але при цьому отримують негативний вплив на порушення міжособистісної сенситивності за механізмом психологічної переоцінки власного стану за рахунок формування нозогнозії у відношенні соматичних проявів та входу до умовної групи «хворих», що психологічно виправдовує дистрес та комунікативні порушення. В Г2 група симптомів соматичного

дистресу не сприймається як частина психопатологічних проявів та не вчинює значного впливу на загальний рівень важкості симптомів (GSI $r=0,20$, $p>0,05$).

Обсесивно-компульсивні симптоми (О-С) наявні у 48 (92,3 %) осіб даної групи та не має істотних кореляційних зв'язків. В Г2 нав'язливості мають характер патологічного потягу до наркотичного агенту, що виражається в неконтрольованих думках, імпульсах та спогадах у відношенні стану сп'яніння. Не зважаючи на умовно ізольований характер даної групи симптомів вона вчинює значний вплив на загальний рівень важкості симптомів (GSI $r=0,67$, $p<0,05$).

Симптоми міжособистісної сенситивності (INT) наявні у 36 (69,2 %) осіб даної групи та мають середню кореляцію з групою симптомів паранояльності ($r=0,64$, $p<0,05$). В Г2 симптоми даної групи виявляються у ідеях власної неповноцінності, почуттям соціального відчуження асоційованим з неможливістю отримання допомоги. В осіб даної групи, наявні асоціативні порушення (торпідність, ригідність, інертність) призводять до ретенції та ампліфікації даної категорії дистресу та формуванні надцінних ідей відношення. Дана група симптомів вона вчинює помірний вплив на загальний рівень важкості симптомів (GSI $r=0,40$, $p<0,05$).

Симптоми депресії (DEP) наявні у 50 (96,0 %) осіб даної групи, та не має істотних кореляційних зв'язків. В Г2 дана група симптомів представлена гіпотимією та ангедонією, що спричиняють значний дистрес та центровано на ідеї неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності та нормалізації рутинного функціонування. Дана група симптомів вчинює значний вплив на загальний рівень важкості симптомів (GSI $r=0,67$, $p<0,05$).

Симптоми тривоги (ANX) наявні у 40 (76,9 %) осіб даної групи та не має істотних кореляційних зв'язків. В Г2 дана група симптомів представлена комбінацією проспективного та інтроспективного дистресу з патологічною фіксацією уваги на занепокоєнні щодо втрати контролю за власною поведінкою, неможливості подолання життєвих обставин та негативному

очікуванні поглиблення труднощів. Дана група симптомів вчинює значний вплив на загальний рівень важкості симптомів (GSI $r=0,65$, $p<0,05$).

Симптоми ворожості/агресії (HOS) наявні у 43 (82,7 %) осіб даної групи та має помітні кореляційні зв'язки із фобічними симптомами ($r=0,63$, $p<0,05$) та психотизмом ($r=0,61$, $p<0,05$). Дана група симптомів в Г2 представлена експлозивністю, імпульсивністю, що супроводжується частковою втратою контролю за поведінкою реалізацією вербальної агресії та виливається у епізоди істероформного збудження. Прояви ворожості стають для залежних осіб об'єктом страху втрати контролю над поведінкою та спричиняють значні порушення соціального функціонування, через що їх вплив на загальну важкість психопатологічних симптомів є високим (GSI $r=0,71$, $p<0,05$).

Симптоми фобічності (PHOB) наявні у 12 (23,1 %) осіб даної групи та мають високу кореляцію із показниками психотизму ($r=0,75$, $p<0,05$) та помітну з симптомами ворожості/агресії ($r=0,63$, $p<0,05$). Симптоми фобічності в Г2 мають характер панічного страху втратити контроль над поведінкою та збожеволіти, які провокуються незначними конфліктами та приймають характер істероформного збудження, що обумовлює кореляцію фобічності з ворожістю. Група симптомів має високий рівень впливу на загальну важкість психопатологічних симптомів (GSI $r=0,73$, $p<0,05$).

Симптоми паранояльності (PAR) наявні у 40 (73,0 %) осіб даної групи та мають середню кореляцію з симптомами міжособистісної сенситивності ($r=0,64$, $p<0,05$). В Г2 дана група симптомів представлена підозрілістю та образливістю, що на тлі асоціативних порушень – докладності, торпідності та інертності мислення, призводять до патоідеторних проявів, що мають характер надцінних ідей відношення, що знаходять підтвердження у фактах наркологічної стигматизації. Група симптомів має значний рівень впливу на загальну важкість психопатологічних симптомів (GSI $r=0,63$, $p<0,05$).

Симптоми психотизму (PSY) наявні у 28 (53,3 %) осіб даної групи та мають високу кореляцію із фобічними симптомами ($r=0,75$, $p<0,05$) та помітну із симптомами ворожості/агресії ($r=0,61$, $p<0,05$). Група симптомів психотизму

в Г2 представлена порушенням контролю за поведінкою та епізодами втрати критики до власного стану на висоті емоційних переживань – епізодів агресії або панічних нападів. Група симптомів має значний рівень впливу на загальну важкість психопатологічних симптомів (GSI $r=0,68$, $p<0,05$).

Таким чином встановлено, що в Г2 домінують прояви псевдоневротичного спектра КПС на тлі симптомів психоорганічного спектра.

Для Г3 дані кореляції груп КПС наведено у табл. 4.3.

Таблиця 4.3 – Матриця кореляцій для груп психопатологічних симптомів в Г3

	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	1								
O-C	0,27	1							
INT	0,23	0,09	1						
DEP	0,43	0,29	0,76	1					
ANX	0,54	0,38	0,13	0,33	1				
HOS	-0,19	0,33	0,02	0,11	0,29	1			
PHOB	0,08	0,07	0,13	-0,27	0,11	-0,13	1		
PAR	-0,33	-0,29	-0,05	-0,09	0,17	0,53	0,09	1	
PSY	-0,27	-0,23	-0,28	-0,27	0,26	0,56	0,11	0,86	1
GSI	0,39	0,34	0,47	0,56	0,70	0,62	0,17	0,50	0,46

Примітка. Значення сили кореляційного зв'язку було оцінено за шкалою Чеддока: «0 – 0,29» – вкрай слабка (не виділено кольором); «0,30 – 0,49» – слабка (не виділено кольором); «0,50 – 0,69» – середня (виділено світло-сірим кольором); «0,70 – 0,89» – висока (виділено сірим кольором); 0,90 – 1,0 – вкрай висока (виділено темно-сірим кольором). Жирним шрифтом виділено достовірні значення на рівні $p<0,05$.

Аналіз кореляційних зв'язків загального рівня важкості та інших груп психопатологічних симптомів вказує, що важкість стану в Г3 залежить від симптомів тривоги ($r=0,70$, $p<0,05$), депресії ($r=0,56$, $p<0,05$) та агресії ($r=0,62$, $p<0,05$), без істотного впливу інших груп симптомів.

Симптоми соматичного дистресу (SOM) наявні у 36 (100 %) осіб даної групи та мають середню кореляцію з групами симптомами тривоги ($r=0,54$, $p<0,05$). В ГЗ група симптомів соматичного дистресу представлено поєднанням психо вегетативних (тахікардія, незадоволеність вдихом, нудота, нестабільність артеріального тиску, припливи жару, пілоерекція, вертіго тощо), функціональних вісцеральних (абдомінальний дистрес) та нейром'язові проявів (підвищення загальної збудливості, тремтіння, підвищення тону м'язів, функціональні гіперкінези, парестезії тощо), які фактично є результатом соматизації тривоги на тлі впливу психопатогенетичних чинників екзогенної групи. Група симптомів має незначний вплив на у загальний рівень важкості психопатологічних симптомів (GSI $r=0,39$, $p<0,05$).

Обсесивно-компульсивні симптоми (О-С) наявні у 36 (100 %) осіб даної групи та не мають жодних істотних кореляційних зв'язків. В ГЗ дана група симптомів також має характер патологічного потягу до наркотичного агента, що справляє гостру актуальність через зміщення фокусу уваги до патоафективних симптомів та викликаного ними дистресу. Група симптомів вчинює помірний вплив на загальний рівень важкості симптомів (GSI $r=0,47$, $p<0,05$).

Симптоми міжособистісної сенситивності (INT) наявні у 33 (91,6 %) осіб даної групи та мають високий кореляційний зв'язок із симптомами депресії ($r=0,76$, $p<0,05$). Група симптомів в ГЗ представлена надцінними ідеями власної неповноцінності, що центровані на неможливості інтеграції у нормативне соціальне функціонування та неможливістю вийти за границі патологічного (делінквентного) соціального прошарку, що формуються на тлі асоціативних порушень (торпідність, ригідність, інертність) та підвищеної сенситивності у контексті стану психоемоційного виснаження. Група симптомів вчинює незначний вплив на загальний рівень важкості симптомів (GSI $r=0,34$, $p<0,05$).

Симптоми депресії (DEP) наявні у 36 (100 %) осіб даної групи та мають кореляційний зв'язок з міжособистісною сенситивністю ($r=0,76$, $p<0,05$). В ГЗ дана група симптомів представлена гіпотимією з афектом злобливості та стійкою ангедонією, які спричиняють значний психологічний дистрес, що проявляється у фіксації уваги на негативному наповненні думок («психічна румінація»), відчутті злості, відчаю та безперспективності існування. Депресивний спектр симптомів прямо негативно впливає на самосприйняття призводячи до посилення міжособистісного дистресу. Група симптомів вчинює значний вплив на загальний рівень важкості симптомів (GSI $r=0,56$, $p<0,05$).

Симптоми тривоги (ANX) наявні у 36 (100 %) осіб даної групи та мають кореляційний зв'язок з соматичним дистресом ($r=0,54$, $p<0,05$). Симптоми тривоги в ГЗ мають характер інтенсивного прогностичного та інтроспективного дистресу, що центровано навколо втрати контролю над життям та усвідомленні екзистенційної кризи та вітальної загрози, що є наслідками стану залежності та не можуть бути подоланими. Важливим джерелом тривоги також є іпохондричні ідеї, пов'язані з наявністю хронічної соматичної патології. Група симптомів вчинює найбільший вплив на загальний рівень важкості симптомів в ГЗ (GSI $r=0,78$, $p<0,05$).

Симптоми ворожості/агресії (HOS) наявні у 36 (100 %) осіб даної групи та мають помітні кореляційні зв'язки із симптомами паранояльності ($r=0,53$, $p<0,05$) та психотизму ($r=0,56$, $p<0,05$). Група симптомів в ГЗ представлена станами дисфорії з імпульсивністю та епізодами вербальної та фізичної агресії, що розгортаються на тлі гіпотимії з афектом злоби, дратівливості та сенситивності. Стани дисфорії переходять у психоемоційне виснаження з афектом відчаю та знесилення. Група симптомів вчинює значний вплив на загальний рівень важкості симптомів в ГЗ (GSI $r=0,62$, $p<0,05$).

Симптоми фобичності (PHOB) наявні у 35 (97,2 %) осіб даної групи та не мають істотних кореляційних зв'язків. Група симптомів представлена в ГЗ страхом втрати контролю над поведінкою, що не підлягає повноцінній

критиці та не спричиняє значного дистресу. Група симптомів вчинює незначний вплив на загальний рівень важкості симптомів в ГЗ (GSI $r=0,17$, $p<0,05$).

Симптоми паранояльності (PAR) наявні у 36 (100 %) осіб даної групи та має високий кореляційний зв'язок з проявами психотизму ($r=0,86$, $p<0,05$). Група симптомів представлена надцінними ідеями відношення та/або переслідування на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту, що підкріплюються наркологічною стигматизацією, наявністю реальних конфліктів та делінквентною поведінкою у патологічному соціальному середовищі, де частка осіб мають соціальні зв'язки. Враховуючи приналежність даного класу проявів до психоорганічного синдрому, кореляційні зв'язки з симптомами ворожості (дратівливість та дисфорія) та психотизму (анозогнозія, дисфорія, емоційна лабільність, втрата критики до власного стану) можна пояснити спільним соматогенно-органічним генезом. Група симптомів вчинює значний вплив на загальний рівень важкості симптомів в ГЗ (GSI $r=0,50$, $p<0,05$).

Симптоми психотизму (PSY) наявні у 36 (100 %) осіб даної групи та мають помітний кореляційний зв'язок з симптомами ворожості/агресії ($r=0,56$, $p<0,05$) та високий з паранояльністю ($r=0,86$, $p<0,05$). Група симптомів в ГЗ представлена анозогнозією, втратою критики до проявів КПС, імпульсивністю, частковою втратою контролю над поведінкою в періоди дисфорії. Група симптомів не підлягає інтроспективній критиці, та вчинює лише помірний вплив на оцінку важкості симптомів в ГЗ (GSI $r=0,46$, $p<0,05$).

Таким чином встановлено, що в ГЗ домінує патоафективний спектр симптомів на тлі симптомів психоорганічного спектра.

На основі отриманих даних та напівструктурованого психодіагностичного інтерв'ю було встановлено структурно-динамічні характеристики КПС на рівні семіотики (табл. 4.4).

Кожна з груп симптомів КПС була проаналізована в залежності від загального рівня важкості симптомів в групах дослідження.

Група симптомів соматизації представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації загального рівня прояву психопатологічних симптомів (за показником GSI) відбувається прогресивна трансформація характеру прояву фізичних симптомів: в Г1 (при GSI <0,5) домінують типові психовегетативні симптоми (вертиго, нудота, запаморочення, пітливість, коливання артеріального тиску, відчуття серцебиття, загальна слабкість), в Г2 (при GSI 0,51-1,50) до психовегетативних симптомів приєднуються також функціональні вісцеральні симптоми (діарея або констипація, блювання, дискомфорт у шлунку та кишківнику, спонтанні позиви до дефекації або сечовипускання), в Г3 (при GSI >1,51) до описаних симптомів приєднуються нейром'язові прояви (тремор, спонтанні посмикування скелетних м'язів, спазми гладкої мускулатури, відчуття стиснення у грудях, відчуття кому у горлі).

Група симптомів obsesivного кола представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації психопатологічних симптомів відбувається прогресивна трансформація характеру прояву нав'язливих станів: в Г1(при GSI <0,5) домінує нав'язливий потяг до наркотичного агенту (у особи спонтанно з'являються думки, що виражають бажання повернутися до вживання наркотичного агенту, які сприймаються як небажана «спокуса»), в Г2 (при GSI 0,51-1,50) до нав'язливого потягу до наркотичного агенту приєднуються періоди думок негативного змісту, центровані на неможливості подолання соціальних наслідків залежності (особа відчуває наявність фонові проблеми – частіше екзистенційного, сімейного або матеріального плану, яку вона невзможі вирішити, але також не має можливості ігнорувати її наявність), в Г3 (при GSI >1,51) зберігається нав'язливий потяг до наркотичного агенту але нав'язливі думки негативного змісту приймають стабільний депресивно-деперсоналізаційний характер (фокусуються на самоприниженні, інтенсивному відчутті провини та, у окремих випадках, – безперспективності існування).

Група симптомів міжособистісної сенситивності представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації психопатологічних симптомів відбувається прогресивне погіршення характеру самосприйняття: в Г1 (при $GSI < 0,5$) домінують образливість та почуття неспроможності формування соціальних відносин (що сприймаються як наслідок соціальних обставин або стану залежності, який сприймається особою як «хвороба»), в Г2 (при $GSI 0,51-1,50$) відбуваються поява ідей власної неповноцінності та почуття соціального відчуження (що сприймається як «невдача» або результат «помилки» особи, у тому числі у відношенні стану залежності), в Г3 (при $GSI > 1,51$) відбувається формування надцінних ідей неповноцінності, необоротного відсторонення від нормативного соціального життя (які сприймаються особою як її власна провина).

Група симптомів депресії представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації психопатологічних симптомів відбувається прогресивна інтенсифікація проявів депресивного стану: в Г1 (при $GSI < 0,5$) домінують гіпотимія та ангедонія, що сприймаються як рутинне тло функціонування та не викликають незвичного наповнення думок, в Г2 (при $GSI 0,51-1,50$) навні гіпотимія та ангедонія отримують фабулу патологічної раціоналізації, стають центровані на неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності (сприймаються як результат «помилки» особи, які неможливо виправити), в Г3 (при $GSI > 1,51$) відбувається модифікація гіпотимії з розвитком злобливості та подальше поглиблення ангедонії (до рівня повної відсутності задоволень), які проявляються у негативному наповненні думок («інтрузивні думки» які мають характер негативних уявлень щодо життєвих перспектив, самооцінки, соціальної ролі), стійкому відчутті провини та безперспективності існування.

Група симптомів тривоги представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації психопатологічних симптомів відбувається прогресивна інтенсифікація проявів тривоги: в Г1 (при $GSI < 0,5$) домінує поімірний прогностичний дистрес («інтрузивні думки», що мають характер уявлень та образів можливої реалізації індивідуально значущих ризиків, відчуття

неможливості контролю майбутніх подій) та загальне занепокоєння у відношенні об'єктивних обставин життя (сімейний та матеріальний стан, фізичні захворювання, соціальна роль), в Г2 (при GSI 0,51-1,50) до прогностичного дистресу приєднується інтроспективний дистрес (уявлення щодо неможливості контролювати власну поведінку та подолати «внутрішні» проблеми, такі як потяг до наркотичного агенту, конфліктність, імпульсивність), в Г3 (при GSI >1,51) відбувається інтенсифікація прогностичного та інтроспективного дистресу, інтрузивні думки приймають характер тотальної невизначеної екзистенційної кризи (неможливості знайти сенс існування) та вітальної загрози (страху близької смерті).

Група симптомів ворожості представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації психопатологічних симптомів відбувається прогресивна інтенсифікація проявів агресії: в Г1 (при GSI <0,5) домінують дратівливість, імпульсивність та нетримання афекту (особа може реалізувати вербальну агресію, але після цього відчуває провину та розуміє іраціональність власних дій), в Г2 (при GSI 0,51-1,50) дратівливість трансформується у експлозивність (диспропорційну, бурхиву реалізацію афекту гніву у відповідь на незначні емоційні провокації), що супроводжується імпульсивністю та частковою втратою контролю за поведінкою (що призводить до конфліктів по типу істеричних епізодів з неадекватною фізичною та масивною вербальною агресією; особа відчуває страх перед неможливістю контролювати власну поведінку після такого епізоду), в Г3 (при GSI >1,51) зазначені прояви агресії поєднуються у стани неадекватної дисфорії (неконтрольованого гнівливого збудження) з імпульсивністю та епізодами вербальної та фізичної агресії (коли особа переживає такий стан, вона не сприймає його як аномальний, але після його закінчення не може пояснити його причин та мотивів власних дій).

Група симптомів фобичності представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації психопатологічних симптомів відбувається прогресивна інтенсифікація фобичних проявів: в Г1 (при GSI <0,5) особи не відзначають жодних проявів пароксизмальних епізодів страху; в Г2 (при GSI

0,51-1,50) відмічається наявність епизодів страху втрати контролю над поведінкою (що асоційовано з афективною провокацією), в Г3 (при GSI >1,51) відмічається наявність епизодів страху втрати контролю над поведінкою чи збожеволіти, що не підлягає повноцінній критиці та сприймається як результат незворотних змін спричинених залежністю на психіку особи.

Група симптомів паранояльності представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації психопатологічних симптомів відбувається прогресивна трансформація порушень мислення: в Г1 (при GSI <0,5) відмічається підозрілість на тлі асоціативних порушень (торпідність, ригідність, інертність, стереотипність, патологічна деталізація), що має характер «образу думок» та не спричиняє формування патологічних ідей; в Г2 (при GSI 0,51-1,50) на тлі описаних асоціативних порушень відбувається формування надцінні ідеї відношення (особа знаходить систематичні докази та приклади негативного ставлення до неї, наркологічної стигматизації, соціальної дискримінації) на тлі ретенції афекту, що призводить до актуалізації та емоційної яскравості таких ідей; в Г3 (при GSI <0,5) надцінні ідеї відношення можуть поєднуватися з ідеями переслідування (особа має думку, що за нею шпигують колишні знайомі, члени родини, представники соціальних служб або лікарі) на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту.

Група симптомів психотизму представляє собою континуум в рамках якого по мірі інтенсифікації психопатологічних симптомів відбувається прогресивна втрата самокритики: в Г1 (при GSI <0,5) мають місце анозогнозія (нерозуміння наявності психічних порушень які співіснують зі станом залежності – усі прояви психічного дискомфорту сприймаються як прояв абстинентного стану та зниження рівня контролю за поведінкою, в Г2 (при GSI 0,51-1,50) відмічаються порушення контролю за поведінкою (при емоційній провокації) та епізоди втрати критики до власного стану (що пов'язано перш за все з появою фобічних порушень), в Г3 (при GSI >1,51) відмічаються алекситимія (неможливість ідентифікації емоційного стану), імпульсивність та

часткова втрата контролю над поведінкою (в рамках епізодів непсихотичної дисфорії).

Таблиця 4.4 – Структурно-динамічні характеристики КПС на рівні семіотики

Група симптомів	Г1 GSI <0,50	Г2 GSI = 0,51–1,50	Г3 GSI ≥1,51
1	2	3	4
SOM	психовегетативні симптоми	психовегетативні та функціональні вісцеральні симптоми	психовегетативні, функціональні вісцеральні та нейром'язові симптоми
О-С	нав'язливий потяг до наркотичного агенту сполучені з відчуттям фрустрації	нав'язливий потяг до наркотичного агенту, нав'язливі думки негативного змісту, центровані на неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності	нав'язливий потяг до наркотичного агенту, та нав'язливі думки негативного змісту, центровані на відчутті провини та безперспективності існування
INT	образливість та почуття неспроможності формування соціальних відносин	ідеї власної неповноцінності, почуття соціального відчуження	надцінні ідеї неповноцінності, необоротного відсторонення від нормативного соціального життя

Продовження таблиці 4.4

1	2	3	4
DEP	гіпотимія та ангедонія, що сприймаються як рутинне тло функціонування та не викликають незвичного наповнення думок	гіпотимія та ангедонія, центровані на неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності	гіпотимія зі злобливістю та стійка ангедонія, які проявляються у негативному наповненні думок, відчутті провини та безперспективності існування
ANX	прогностичний дистрес та загальне занепокоєння у відношенні об'єктивних обставин життя	комбінацією прогностичного та інтроспективного дистресу, що центровано навколо втрати контролю над життєвими обставинами	інтенсивний прогностичний та інтроспективний дистрес, що центровано навколо екзистенційної кризи та вітальної загрози
HOS	дратівливість, імпульсивність та нетримання афекту	експлозивність, імпульсивність, що часткова втрата контролю за поведінкою	стани дисфорії з імпульсивністю та епізодами вербальної та фізичної агресії

Продовження таблиці 4.4

1	2	3	4
PHOV	не представлено	страх втрати контролю над поведінкою чи збожеволіти	страх втрати контролю над поведінкою, що не підлягає повноцінній критиці
PAR	підозрілість на тлі асоціативних порушень	надцінні ідеї відношення на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту	надцінні ідеї відношення та/або переслідування на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту
PSY	анозогнозія, алекситимія, нетримання афекту, імпульсивність, зниження рівня контролю за поведінкою	порушення контролю за поведінкою та епізоди втрати критики до власного стану	анозогнозія, втрата критики до проявів КПС, імпульсивність, часткова втрата контролю над поведінкою в періоди дисфорії

Резюме

Далі було проведено аналіз кореляційних зв'язків груп КПС в групах дослідження. Аналіз кореляційних зв'язків загального рівня важкості та інших груп психопатологічних симптомів вказує, що важкість стану в Г1 залежить від симптомів ворожості/агресії ($r=0,78$, $p<0,05$). Другорядними чинниками є obsесивно-компульсивні симптоми ($r=0,68$, $p<0,05$), симптоми міжособистісної сенситивності ($r=0,67$, $p<0,05$) та симптоми тривоги ($r=0,51$), що свідчить про домінування психоорганічного спектру симптомів у структурі КПС в Г1.

В Г2 важкість стану залежить від симптомів ворожості/агресії ($r=0,73$, $p<0,05$), фобічності ($r=0,71$, $p<0,05$), проявів тривоги ($r=0,65$, $p<0,05$), депресії ($r=0,67$, $p<0,05$) та нав'язливостей ($r=0,67$, $p<0,05$), що свідчить про домінування псевдоневротичного спектра на тлі симптомів психоорганічного спектра у структурі КПС в Г2.

Важкість стану в Г3 залежить від симптомів тривоги ($r=0,70$, $p<0,05$), депресії ($r=0,56$, $p<0,05$) та агресії ($r=0,62$, $p<0,05$), без істотного впливу інших груп симптомів, що свідчить про домінування патоафективного спектра симптомів на тлі симптомів психоорганічного спектра у структурі КПС в Г3.

Кожна з груп симптомів КПС була проаналізована в залежності від загального рівня важкості симптомів в групах дослідження.

Група симптомів соматизації представляє собою континуум: в Г1 психовегетативні симптоми, в Г2 психовегетативні та функціональні вісцеральні симптоми, в Г3 психовегетативні, функціональні вісцеральні та нейром'язові симптоми.

Група симптомів obsesивного кола представляє собою континуум: в Г1 нав'язливий потяг до наркотичного агенту, в Г2 нав'язливий потяг до наркотичного агенту, нав'язливі думки негативного змісту, центровані на неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності, в Г3 нав'язливий потяг до наркотичного агенту, та нав'язливі думки негативного змісту, центровані на відчутті провини та безперспективності існування.

Група симптомів міжособистісної сенситивності представляє собою континуум: в Г1 образливість та почуття неспроможності формування соціальних відносин, в Г2 ідеї власної неповноцінності, почуття соціального відчуження, в Г3 надцінні ідеї неповноцінності, необоротного відсторонення від нормативного соціального життя.

Група симптомів депресії представляє собою континуум: в Г1 гіпотимія та ангедонія, що сприймаються як рутинне тло функціонування та не викликають незвичного наповнення думок, в Г2 гіпотимія та ангедонія, центровані на неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності,

в Г3 гіпотимія зі злобливістю та стійка ангедонія, які проявляються у негативному наповненні думок, відчутті провини та безперспективності існування.

Група симптомів тривоги представляє собою континуум: в Г1 прогностичний дистрес та загальне занепокоєння у відношенні об'єктивних обставин життя, в Г2 комбінація проспективного та інтроспективного дистресу, що центровано навколо втрати контролю життєвими обставинами, в Г3 інтенсивний прогностичний та інтроспективний дистрес, що центровано навколо екзистенційної кризи та вітальної загрози.

Група симптомів ворожості представляє собою континуум: в Г1 дратівливість, імпульсивність та нетримання афекту, в Г2 експлозивність, імпульсивність, що часткова втрата контролю за поведінкою, в Г3 стани дисфорії з імпульсивністю та епізодами вербальної та фізичної агресії.

Група симптомів фобичності представляє собою континуум: в Г2 страх втрати контролю над поведінкою чи збожеволіти, в Г3 страх втрати контролю над поведінкою, що не підлягає повноцінній критиці.

Група симптомів паранояльності представляє собою континуум: в Г1 підозрілість на тлі асоціативних порушень, в Г2 надцінні ідеї відношення на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту, в Г3 надцінні ідеї відношення та/або переслідування на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту.

Група симптомів психотизму представляє собою континуум: в Г1 анозогнозія, алекситимія, нетримання афекту, імпульсивність, зниження рівня контролю за поведінкою, в Г2 порушення контролю за поведінкою та епізоди втрати критики до власного стану, в Г3 анозогнозія, втрата критики до проявів КПС, імпульсивність, часткова втрата контролю над поведінкою в періоди дисфорії.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [23, 28].

РОЗДІЛ 5

**СТРУКТУРНО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ТА СИСТЕМАТИКА КПС НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ В ОСІБ,
ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ
ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**

Аналіз внутрішньої структури КПС дозволив виділити 14 констеляцій симптомів (за критерієм $r \geq 0,70$, $p < 0,05$) центрованих навколо 7 СМК.

На основі аналізу зв'язку між групами психопатологічних симптомів було розроблено модель КПС (рис. 5.1).

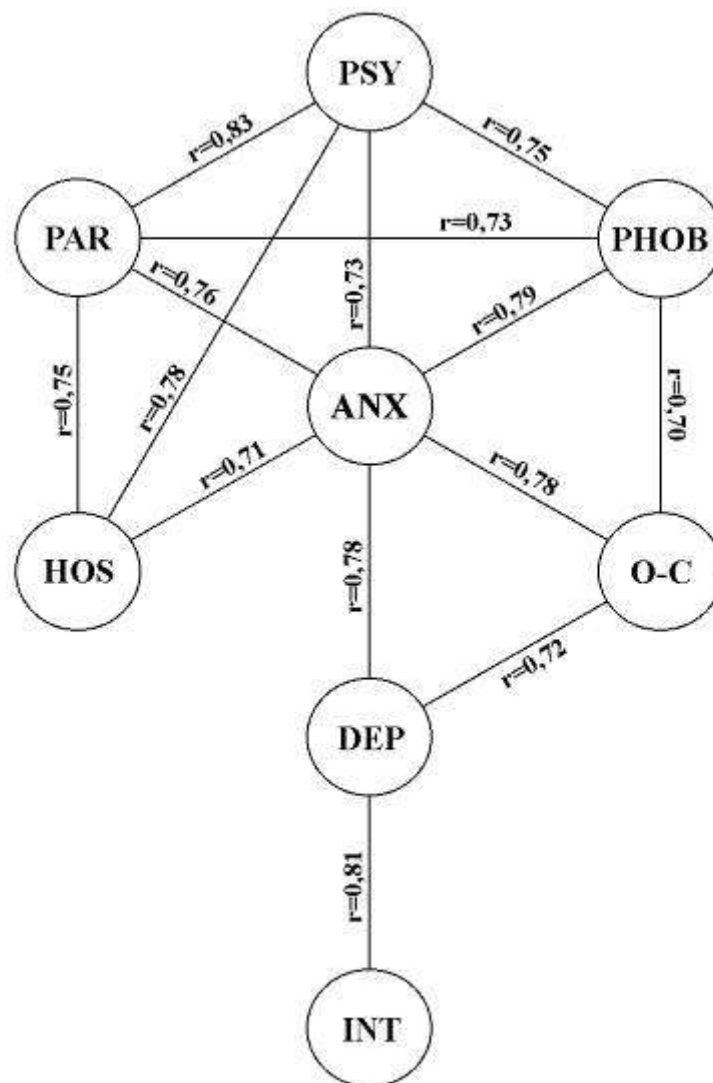


Рис. 5.1 – Модель коморбідної психопатологічної симптоматики.

1. Псевдообсесивний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – нав'язливі ідеї, уявлення або імпульси. Сателітними симптомами виступають патоафективні симптоми: гіпотимія, відчуття страху та тривога. В складі СМК наявні 3 констеляції симптомів:

1) обсесивно-депресивна констеляція (рис 5.2). Характеризується поєднанням нав'язливих думок негативного наповнення та фонового стану гіпотимії. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,72$, $p<0,05$. Наявна у 79 (79 %) осіб загального контингенту ($O-C > 0,5 + DEP > 0,5$). Констеляція характеризує феномен «інтрузивних думок» при депресивних станах (патологічних ідей приналежних до категорії нав'язливих, що мають характер негативних уявлень щодо життєвих перспектив, самооцінки, соціальної ролі тощо).

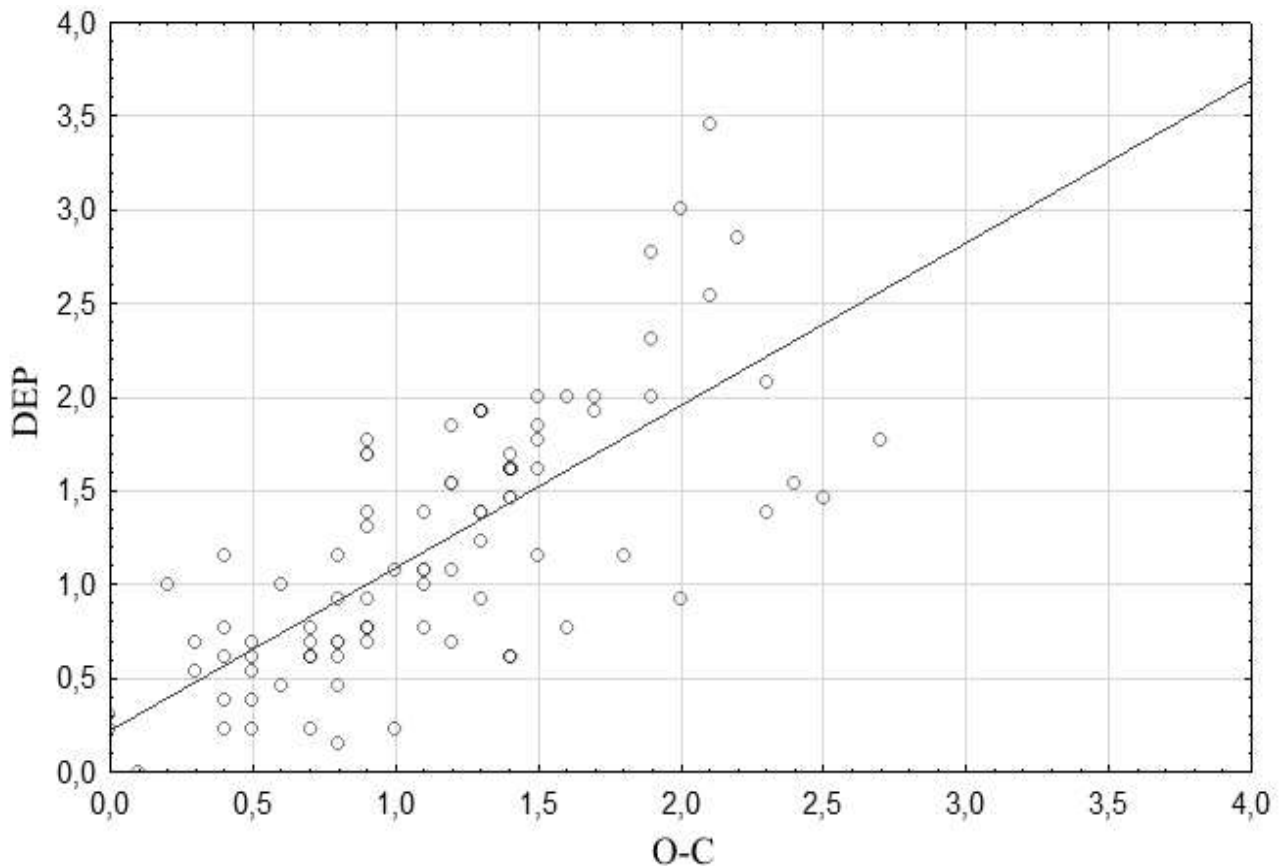


Рис. 5.2 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів обсесивно-депресивної констеляції.

2) обсесивно-анксіозна констеляція (рис 5.3). Характеризується поєднанням нав'язливого потягу до наркотичного агенту та стійкого почуття занепокоєння особи. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p<0,05$. Наявна у

71 (71 %) осіб загального контингенту ($O-C > 0,5 + ANX > 0,5$). Констеляція демонструє феномен «інтрузивних думок» при тривожних станах (патологічних ідей приналежних до категорії нав'язливих, що мають характер уявлень та образів можливої реалізації індивідуально значущих ризиків). В контингенті дослідження встановлено наявність специфічного варіанту даного феномену, що являє собою нав'язливе переживання патологічного потягу до наркотичного агента та асоційовану тривогу щодо втрати контролю над поведінкою.

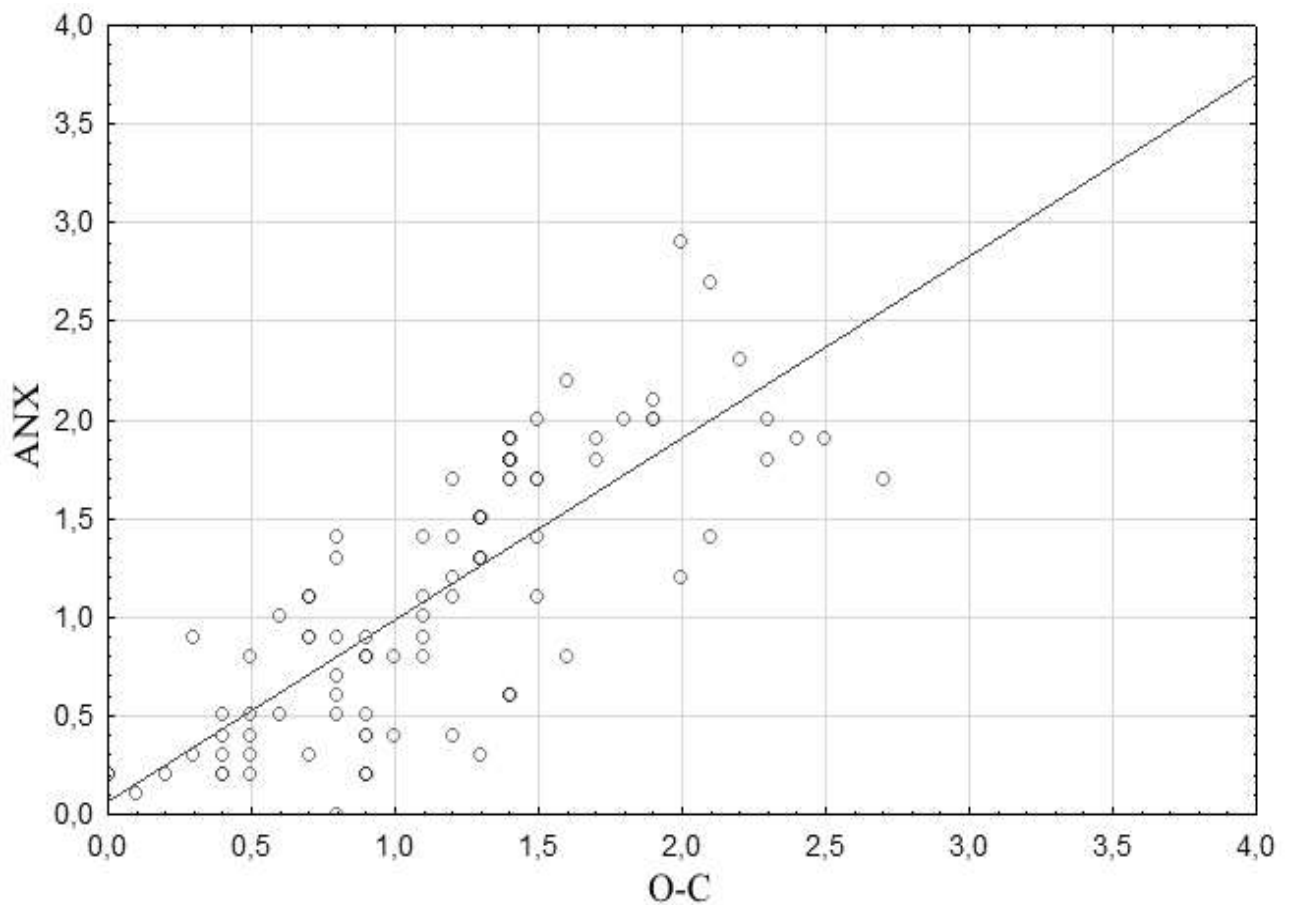


Рис. 5.3 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів obsесивно-тривожної констеляції.

3) obsесивно-фобічна констеляція (рис. 5.4). Характеризується поєднанням нав'язливих образів та імпульсів, що центровані на втраті контролю над собою та асоційованому з ними відчутті страху, що приймає характер панічних епізодів. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,70$, $p<0,05$. Наявна у 47 (47 %) осіб загального контингенту ($O-C > 0,5 + PNOB > 0,5$). Констеляція демонструє феномен «інтрузивних думок» при фобічних станах

(патологічних ідей приналежних до категорії нав'язливих, що мають характер образів можливої реалізації об'єктів або ситуації, які полягають в основі фобії)

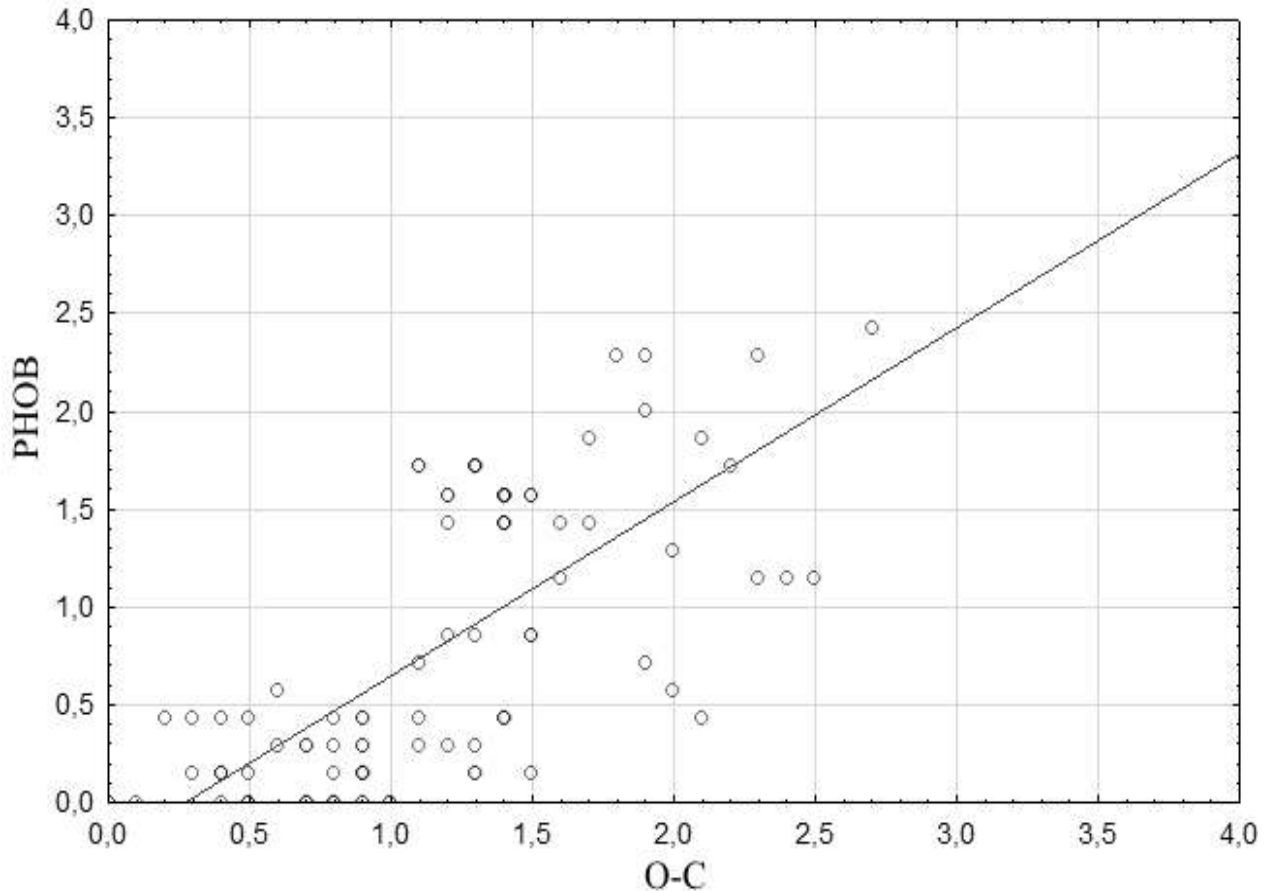


Рис. 5.4 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів obsесивно-фобічної констеляції.

2. Гіпотимічний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – стійке зниження афективно фону. Сателітними симптомами виступають порушення самосприйняття та тривога. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів:

1) гіпотимічно-деперсоналізаційна констеляція (рис. 5.5). Характеризується поєднанням гіпотимії з ангедонією та відчуттям власної несталості, що підкріплено масивом переживань центрованих навколо соціо-комунікативних порушень. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,81$, $p<0,05$. Наявна у 67 (67 %) осіб загального контингенту ($DEP > 0,5 + INT > 0,5$). Констеляція демонструє феномен «депресивної деперсоналізації», що являє собою специфічний модус викривлення самосприйняття з формуванням ідей

власної неповноцінності, самоприниження, патологічного почуття провини, що проявляється у тому числі у контексті порівняння себе та оточуючих.

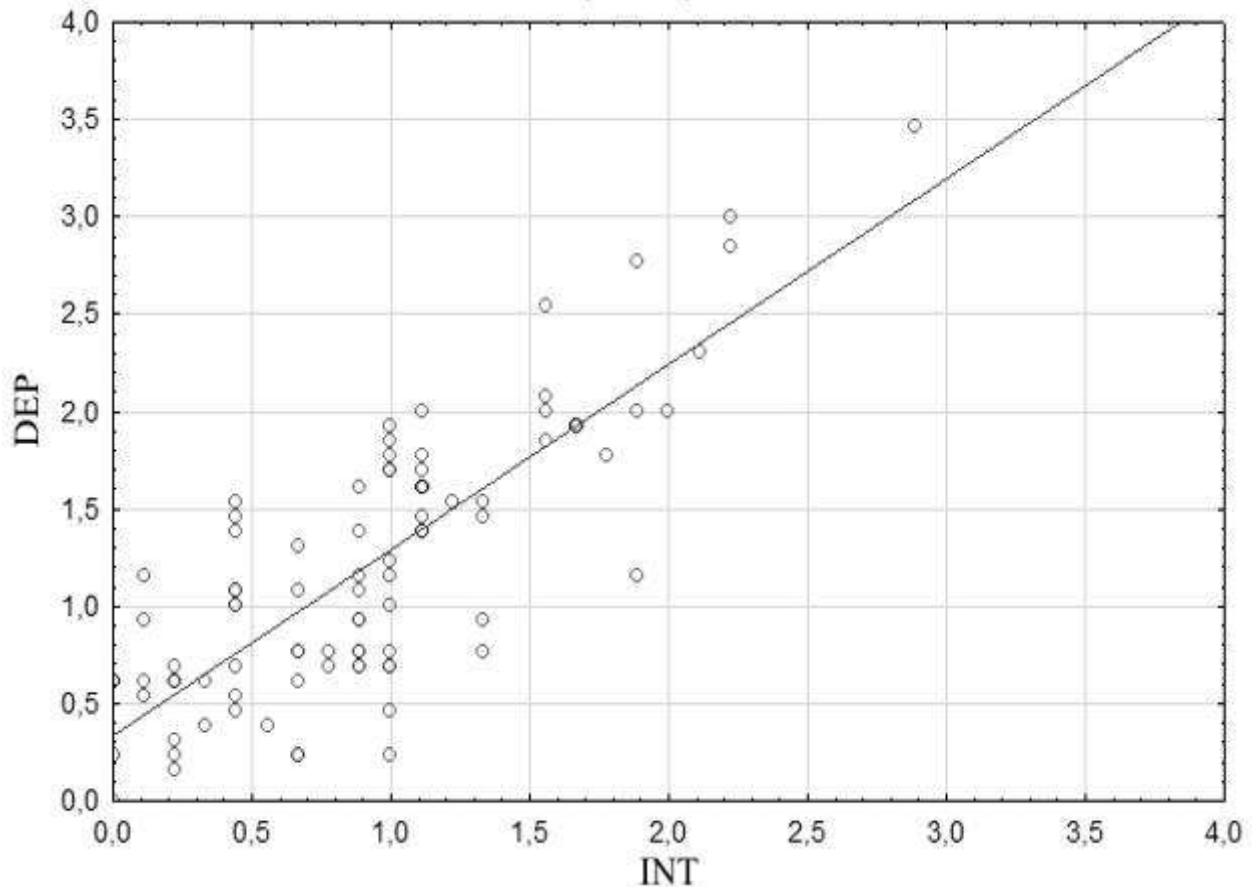


Рис. 5.5 – Діаграма розсіювання інтенсивності симптомів гіпотимічно-деперсоналізаційної констеляції.

2) гіпотимічно-анксіозна констеляція (рис. 5.6). Характеризується поєднанням гіпотимії з ангедонією та стійкого відчуття тривоги. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p<0,05$. Наявна у 72 (72 %) осіб загального контингенту ($DEP > 0,5 + ANX > 0,5$). Констеляція демонструє специфічний взаємозв'язок станів тривоги та депресії, що реалізується за рахунок двостороннього впливу: стан тривоги призводить до виснаження гальмівних функцій та дестабілізують афективний фон провокуючи інтенсифікацію депресивного стану; стан депресії призводить до формування уявлень щодо власної несталості та неможливості контролю ризиків, що інтенсифікує тривогу.

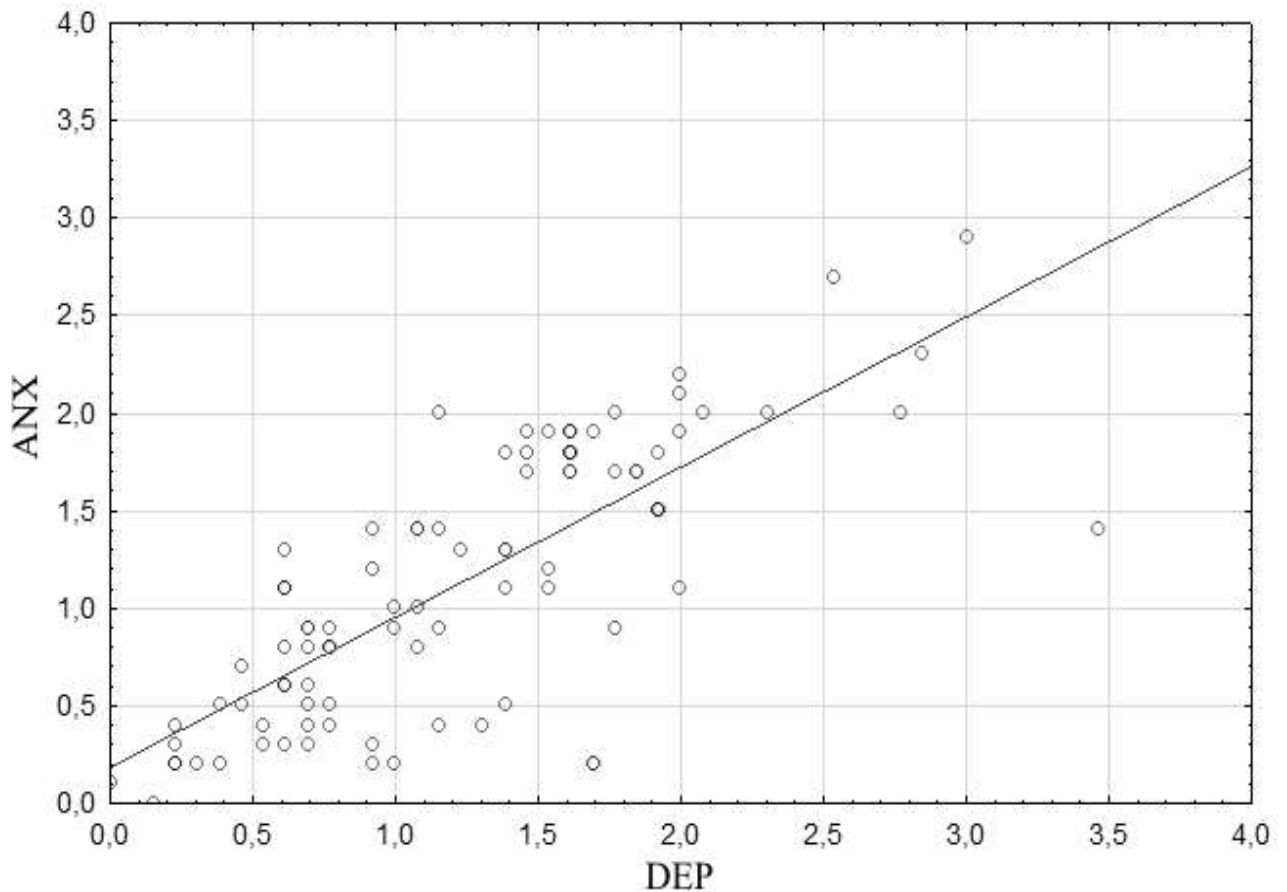


Рис. 5.6 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів гіпотимічно-анк
зної констеляції.

3. Ажитативний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – афектогенне психомоторне збудження. Сателітними симптомами виступають втрата критичного осмислення власного емоційного стану та дестабілізація афективних реакцій – дратівливість, імпульсивність, агресія. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів:

1) ажитативно-алекситимічна констеляція (рис 5.7). Характеризується поєднанням загального психомоторного збудження, що супроводжується масивом додаткових симптомів тривоги та нездатністю ідентифікувати власний емоційний стан. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,73$, $p<0,05$. Наявна у 67 (67 %) осіб загального контингенту ($ANX > 0,5 + PSY > 0,5$). Констеляція демонструє феномен «алекситимії» при станах тривоги (неможливість ідентифікувати власний емоційний стан внаслідок фіксації уваги на

проспективному дистресі та модифікації тривогою усіх інших емоційних станів).

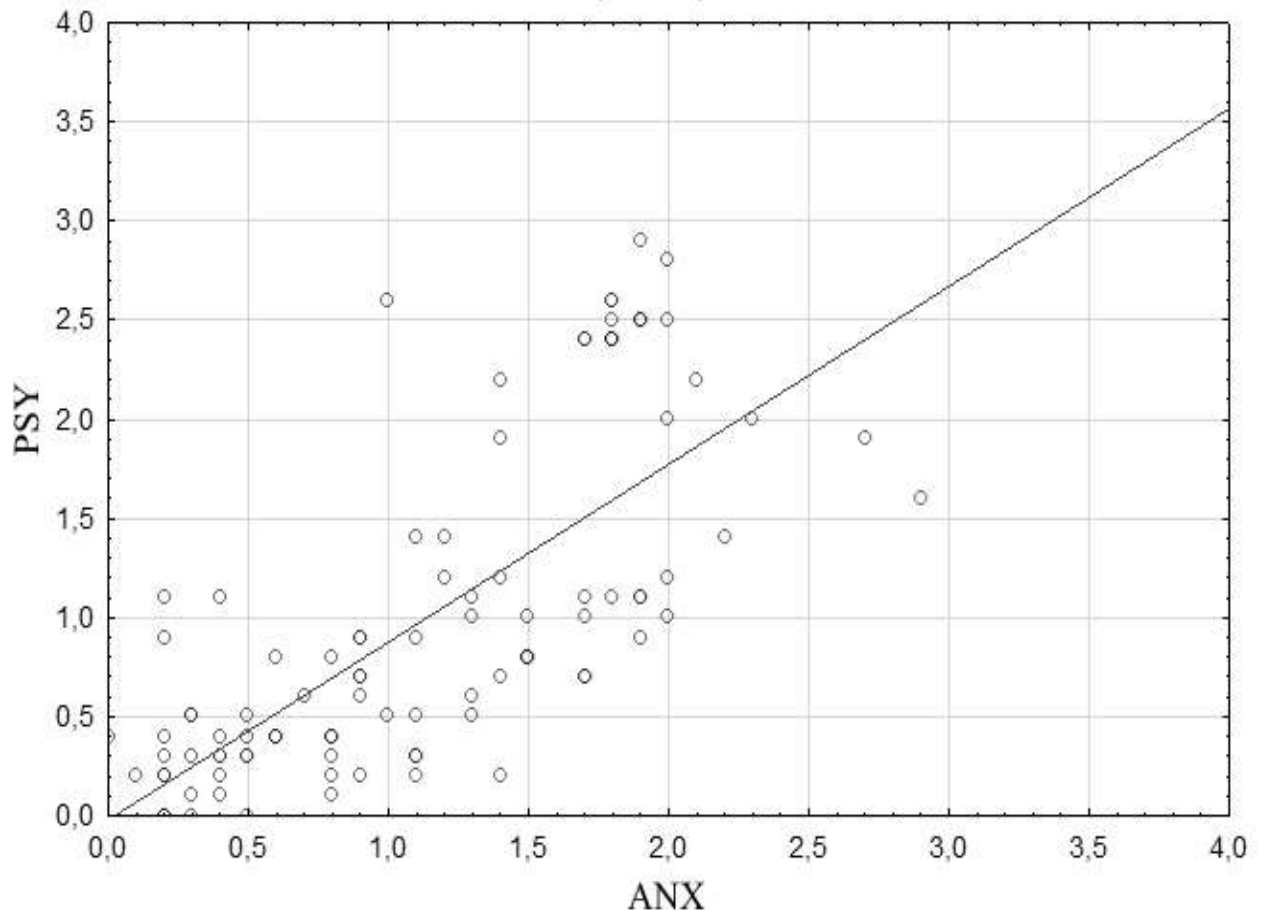


Рис. 5.7 – Діаграма розсіювання інтенсивності симптомів ажитативно-алекситимічної констеляції.

2) ажитативно-іритативна констеляція (рис 5.8). Характеризується поєднанням загального психомоторного збудження, що супроводжується масивом додаткових симптомів тривоги, емоційної лабільності, імпульсивності та дратівливості, що може бути асоційовано з агресивною поведінкою. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,71$, $p<0,05$. Наявна у 65 (65 %) осіб загального контингенту ($ANX > 0,5 + NOS > 0,5$). Констеляція демонструє феномен астенізації при тривожних станах, що характеризується дратівливістю та легким або помірним психомоторним збудженням, що є результатом виснаження гальмівних механізмів, що модулюють емоційні реакції та поведінку внаслідок тривалої їх активації при персистенції стану тривоги.

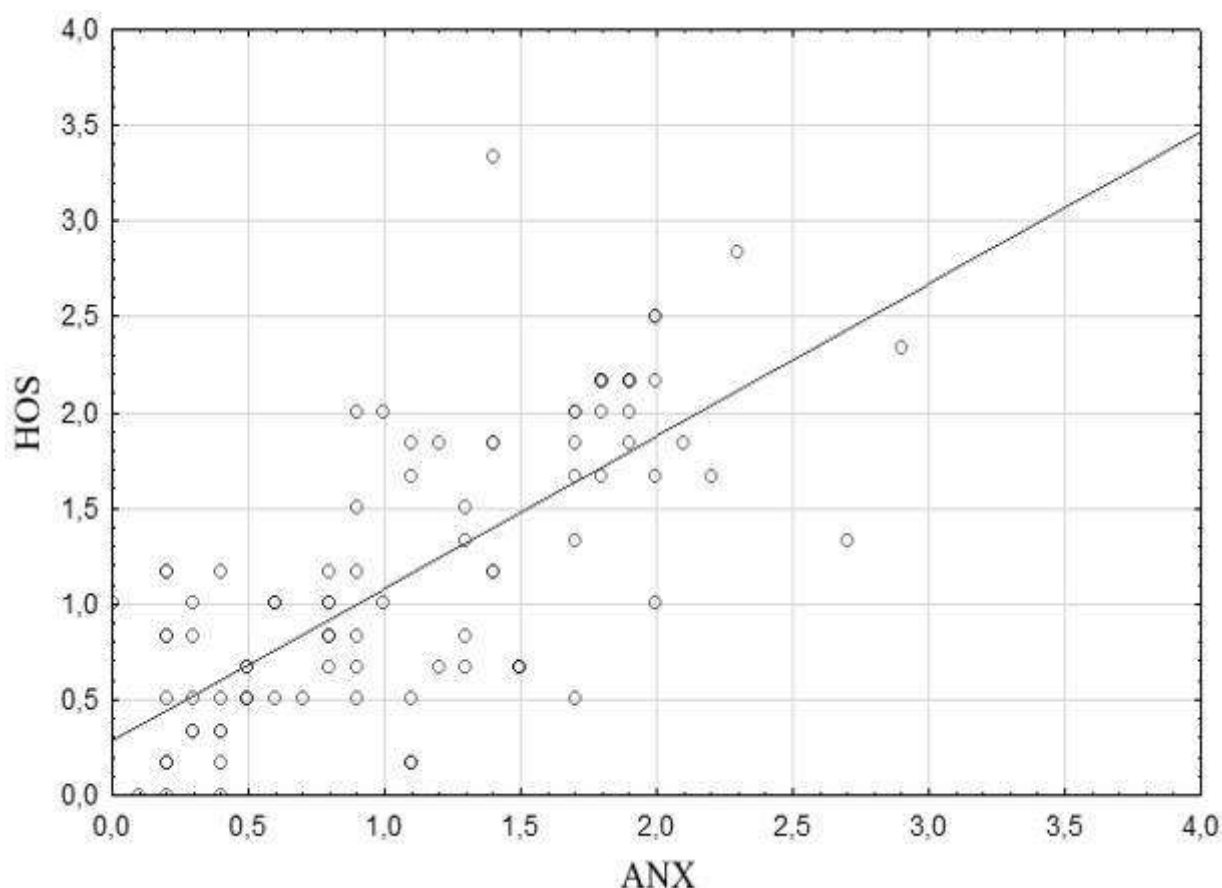


Рис. 5.8 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів ажитативно-іритативної констеляції.

4. Анксіозний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – відчуття тривоги. Сателітними симптомами виступають пароксизмальне відчуття страху та порушення асоціативного процесу (торпідність, інертність та ригідність мислення) з формування надцінних ідей відношення або переслідування. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів:

1) анксіозно-фобічна констеляція (рис 5.9). Характеризується поєднанням стійкого відчуття тривоги з пароксизмами інтенсивного страху. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,76$, $p<0,05$. Наявна у 59 (59 %) осіб загального контингенту ($ANX > 0,5 + PNOB > 0,5$). Констеляція демонструє феномен тривожного очікування пароксизмального стану, що виникає коли сам фобічний епізод (короткотривалий інтенсивний страх) стає об'єктом побоювання та сам по собі індукує тривогу в періодах між його епізодами.

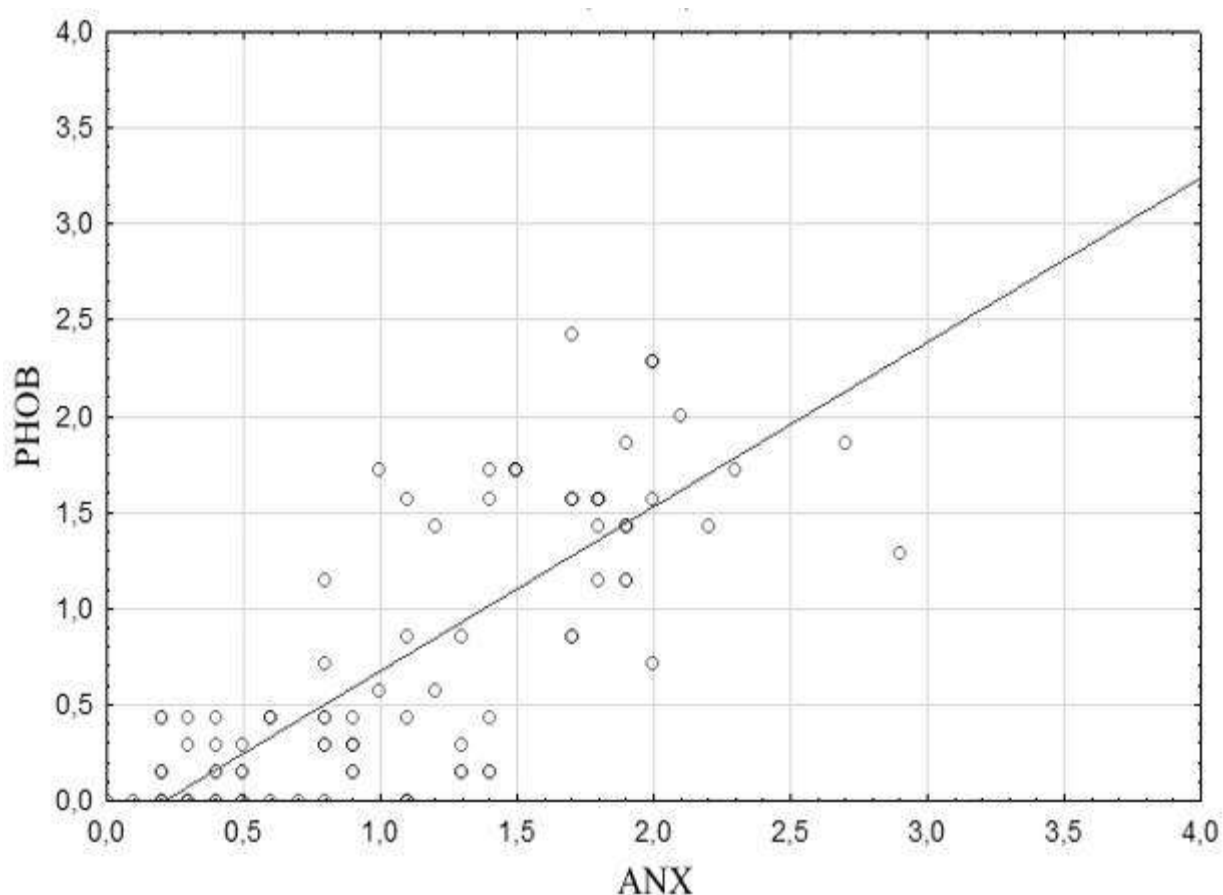


Рис. 5.9 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів анкіозно-фобічної констеяції.

2) анкіозно-паранояльна констеяція (рис. 5.10). Характеризується поєднанням стійкої безпредметної тривоги та підозрливості з патологічною фіксацією асоціацій. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,76$, $p<0,05$. Наявна у 59 (59%) осіб загального контингенту ($ANX > 0,5 + PAR > 0,5$). Констеяція демонструє специфічні порушення мислення (апофенію) при тривожних станах, що являє собою підозрливість, патологічний символізм та стереотипні, ритуальні форми поведінки та мислення, що відбивають дисоціативний регрес мислення у результаті неможливості контролю ризиків.

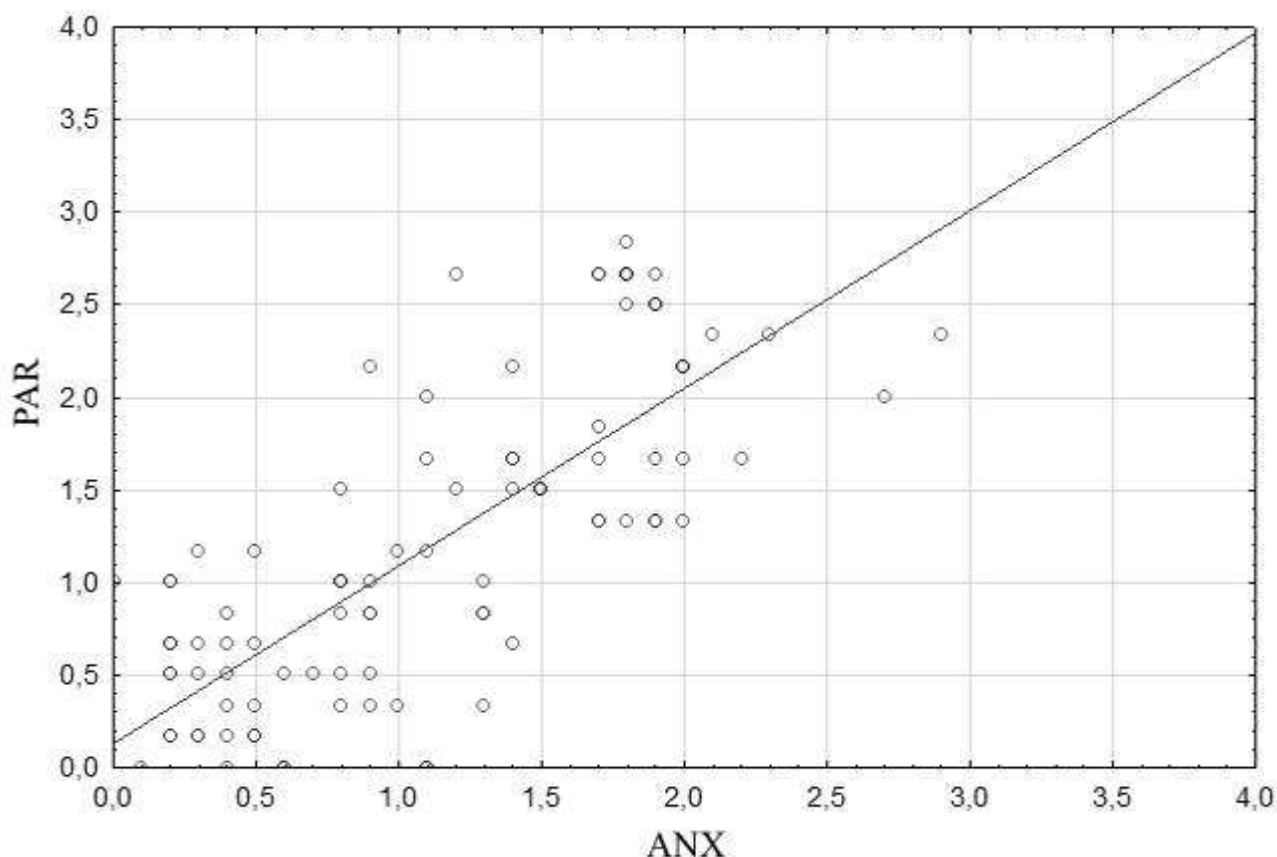


Рис. 5.10 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів анкіозно-паранояльної констеляції.

Іритативний СМК. Психопатологічний симптоми, що є домінуючими у даному СМК – дратівливість, експлозивність та агресія. Сателітними симптомами виступають порушення асоціативного процесу (торпідність, інертність та ригідність мислення) з формування надцінних ідей відношення або переслідування та втрата критичного осмислення власного психічного стану. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів:

1) Іритативно-паранояльна констеляція (рис. 5.11). Характеризується поєднанням підозрливості з патологічною фіксацією асоціацій та стійкої дратівливості з ретенцією афекту. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,75$, $p<0,05$. Наявна у 64 (64%) осіб загального контингенту ($HOS > 0,5 + PAR > 0,5$). Констеляція демонструє феномен «ретенції афекту», що являє собою реалізацію торпідності, інертності та ригідності мислення у сфері емоцій, що виникає внаслідок неможливості відволіктися від емоційного триггеру.

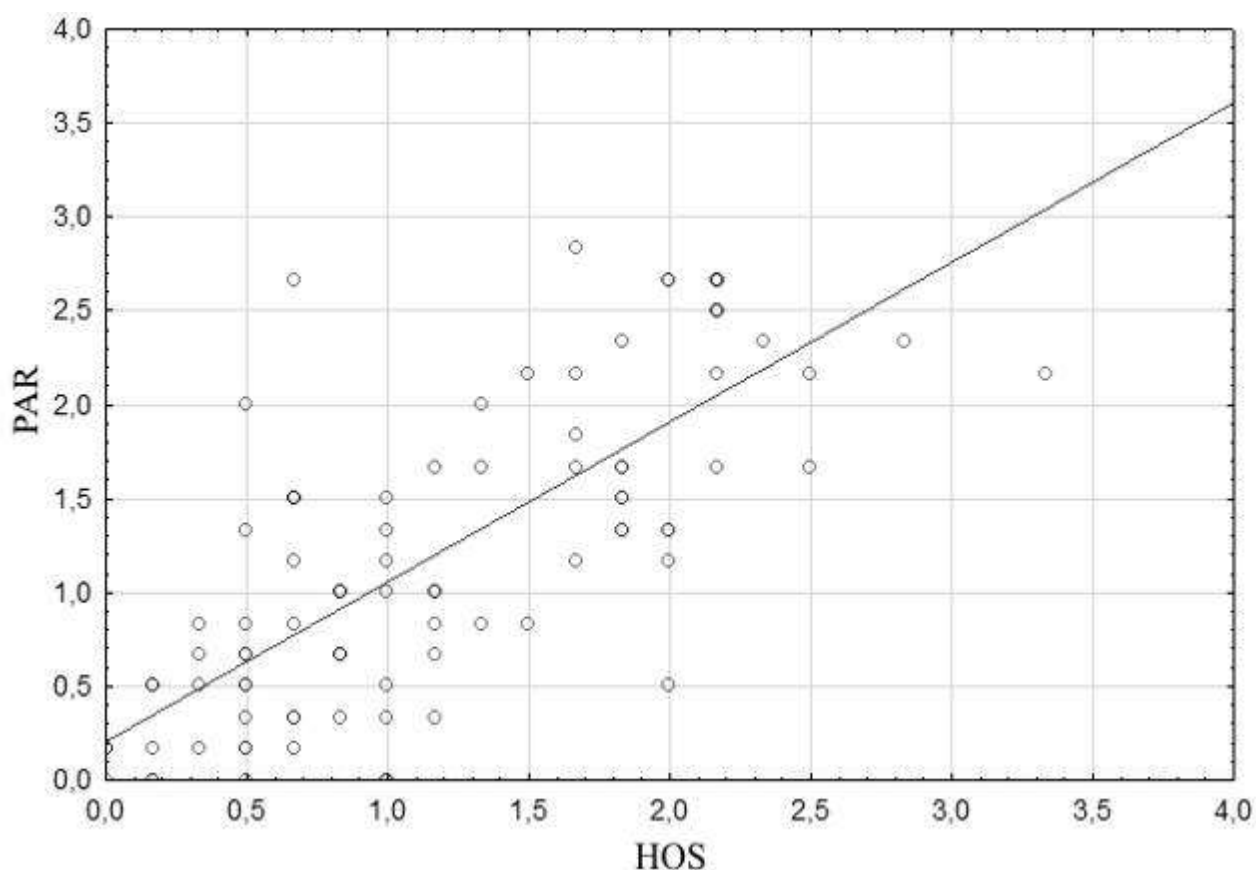


Рис. 5.11 – Діаграма розсіювання інтенсивності симптомів іритативно-паранояльної констеляції.

2) іритативно-алекситимічна констеляція (рис. 5.12). Характеризується поєднанням стійкої дратівливості з ретенцією афекту та втрати критичного осмислення власного емоційного стану з частковою втратою контролю над поведінкою. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p<0,05$. Наявна у 54 (54 %) осіб загального контингенту ($HOS > 0,5 + PSY > 0,5$). Констеляція демонструє феномен афективної логіки у контексті стану подібного до дисфорії, в рамках якого локус контролю поведінки зміщується до афекту гніву, що реалізується у експлозивності та втраті контролю над поведінкою. Афективно-індуковане викривлення когнітивних функцій призводить до патологічної раціоналізації власних дій та причин розвитку аномального емоційного стану при якій імпульсивна та агресивна поведінка сприймається особою як виправдана, раціональна та адекватна.

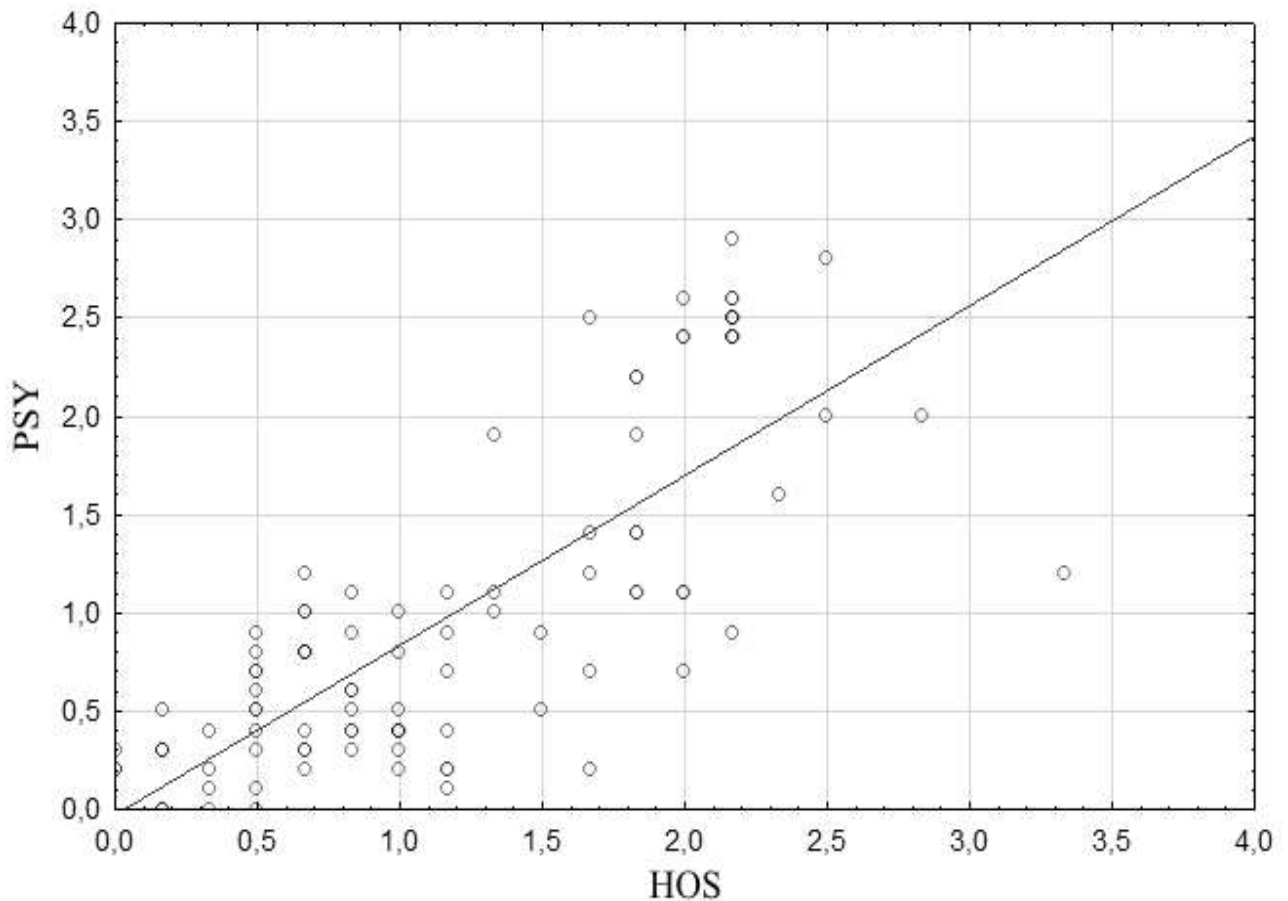


Рис. 5.12 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів ірритативно-алекситимічної констеляції.

5. Фобічний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – пароксизмальні епізоди страху. Сателітними симптомами виступають порушення асоціативного процесу з формування надцінних ідей відношення або переслідування та втрата контролю над власним емоційним станом та поведінкою. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів:

1) фобічно-паранояльна констеляція (рис. 5.13). Характеризується поєднанням пароксизмів страху з їх патологічною інтерпретацією у модусі ідей відношення або переслідування. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,73$, $p<0,05$. Наявна у 44 (44 %) осіб загального контингенту ($RNOB > 0,5 + PAR > 0,5$). Констеляція демонструє вплив досвіду переживання пароксизмальних епізодів страху на мислення особи з формуванням підозрливості та іраціонального тлумачення причин розвитку фобічних епізодів.

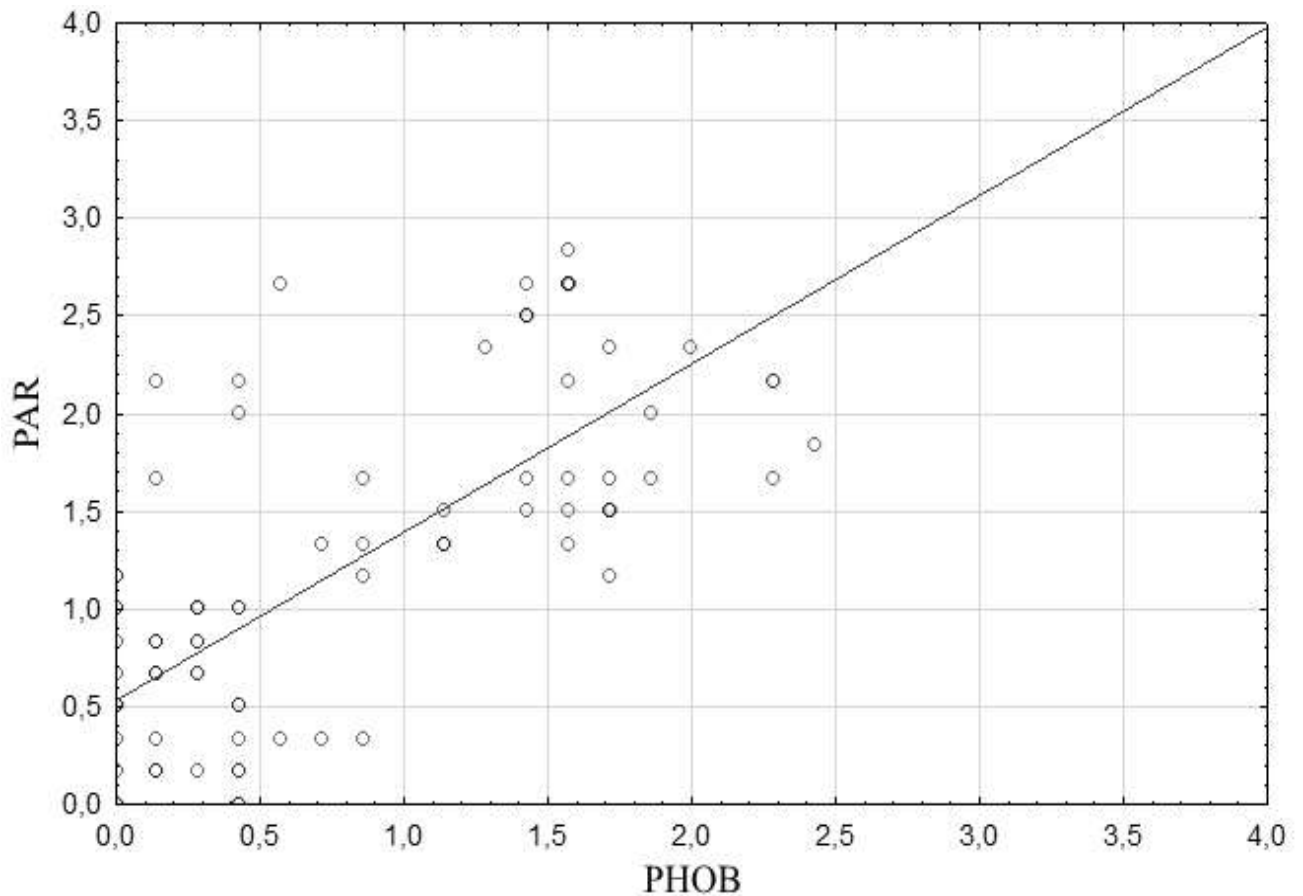


Рис. 5.13 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів фобічно-паранояльної констеляції.

2) фобічно-алекситимічна констеляція (рис. 5.14). симптомів: Характеризується поєднанням пароксизмів страху з втратою контролю над власним емоційним станом та поведінкою. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,75$, $p<0,05$. Наявна у 44 (44 %) осіб загального контингенту ($PNOB > 0,5 + PSY > 0,5$). Констеляція демонструє феномен деперсоналізації, що виникає у структурі фобічного епізоду внаслідок поєднання елементів даного стану таких як відчуття запаморочення, оніміння кінцівок, сплутаність думок, наплив яскравих негативних образів, неможливість, інтенсивний страх збожеволіти або померти. Сукупність цих симптомів призводить до тимчасового відчуття «відчуження» особи від власного тіла провідним елементом якого є саме повна втрата контролю над власним станом та поведінкою.

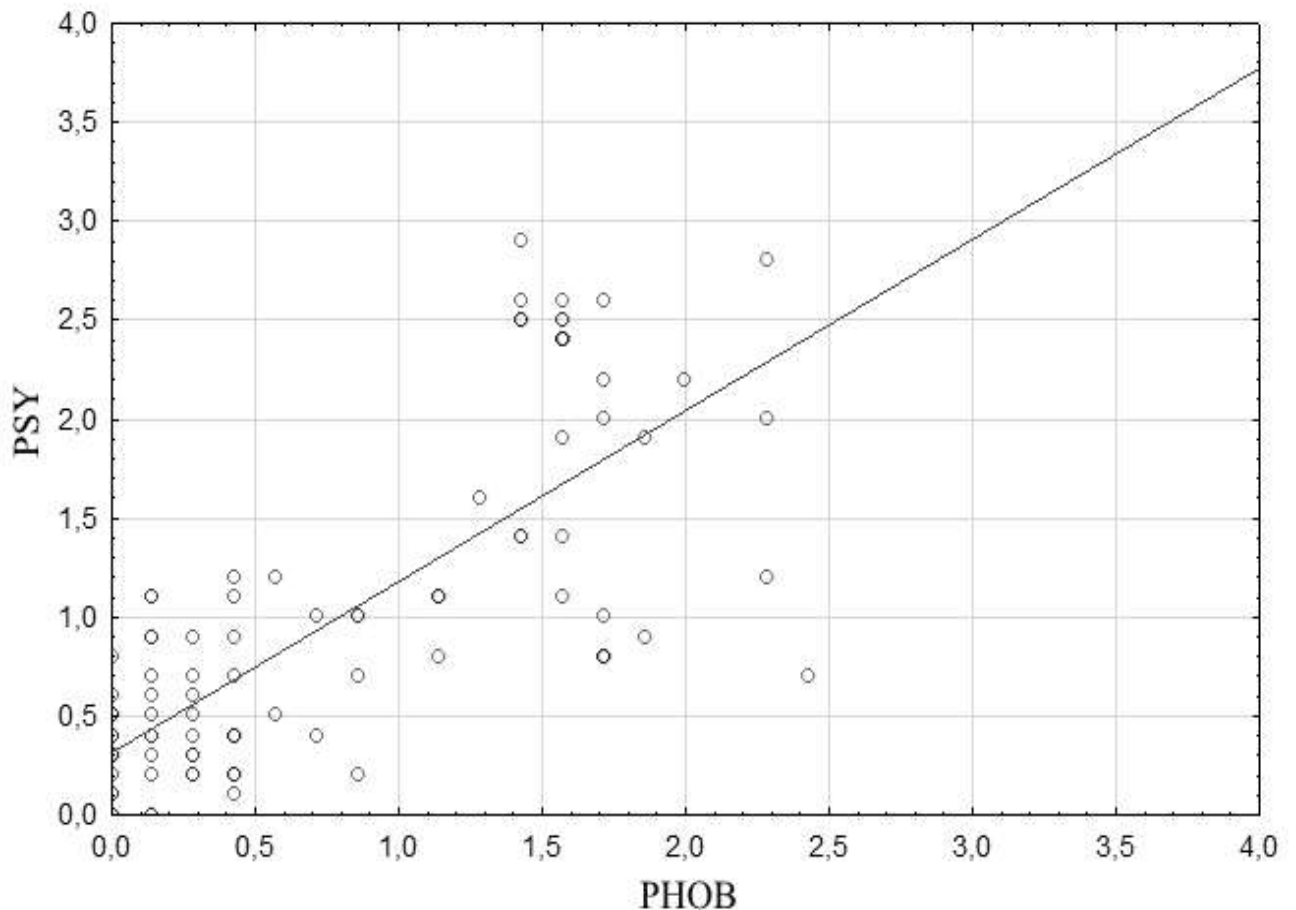


Рис. 5.14 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів фобічно-алекситимічної констеляції.

Патоасоціативний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – порушення мислення. Сателітним проявом є порушення критики до власного психічного стану асоційоване з феноменом анозогнозії. В складі СМК наявна 1 констеляція симптомів:

1) паранояльно-анозогностична констеляція (рис. 5.15). Характеризується поєднанням порушень асоціативного процесу (торпідність, інертність та ригідність мислення) з формування надцінних ідей відношення або переслідування та втрати критичного осмислення власного психічного стану. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,83$, $p<0,05$. Наявна у 53 (53 %) осіб загального контингенту ($PAR > 0,5 + PSY > 0,5$). Констеляція демонструє феномен формування патологічних ідей на основі сукупного впливу елементів паранояльності в умовах зниженої самокритики.

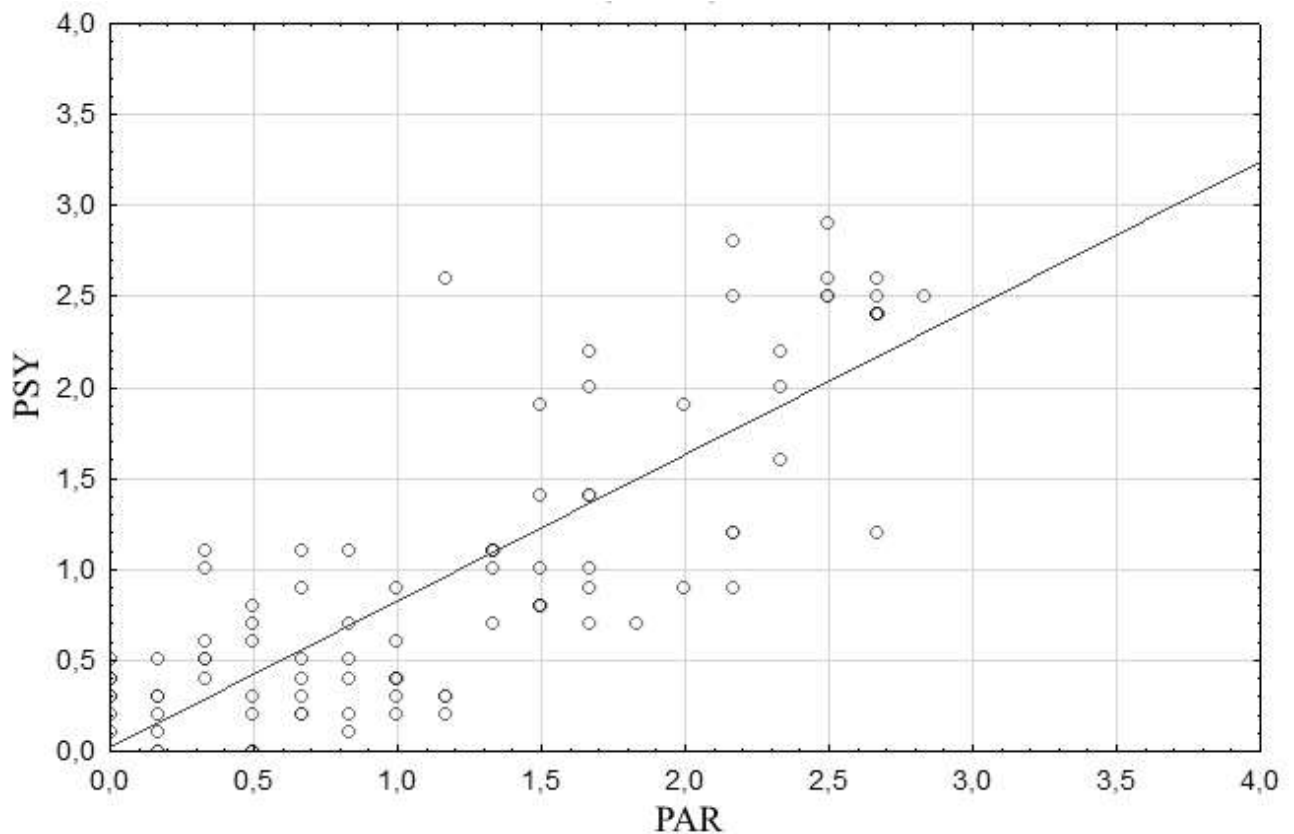


Рис. 5.15 – Діаграма розсіяння інтенсивності симптомів параноально-анозогностичної констеляції.

На основі отриманих даних було сформовано ієрархічну структуру КПС в контингенті дослідження (табл. 5.1).

Таблиця 5.1 – Ієрархічна структура КПС

Симптом	Констеляція	СМК	Синдром	Клас проявів
1	2	3	4	5
гіпотимія	гіпотимічно-деперсоналізаційна	гіпотимічний	депресивний	пато-афективний
деперсоналізація				
гіпотимія	гіпотимічно-анксіозна	гіпотимічний	депресивний	
відчуття тривоги				
занепокоєння	ажитативно-алекситимічна	ажитативний	тривожний	
алекситимія				
занепокоєння	ажитативно-іритативна;	ажитативний	тривожний	
агресія				
занепокоєння	анксіозно-фобічна;	анксіозний	тривожний	
панічні епізоди				
занепокоєння	анксіозно-параноальна	анксіозний	тривожний	
асоціативні порушення				
анозогнозія	анксіозно-параноальна	анксіозний	тривожний	

Продовження таблиці 5.1

1	2	3	4	5
нав'язливі думки	обсесивно-гіпотимічна	псевдо-обсесивний	обсесивно-фобічний	псевдо-невротичний
гіпотимія				
нав'язливі думки	обсесивно-анксіозна			
занепокоєння				
нав'язливі страхи	обсесивно-фобічна			
панічні епізоди				
пароксизмальна тривога	фобічно-паранояльна	фобічний		
асоціативні порушення				
панічні епізоди	фобічно-алекситимічна			
алекситимія				
агресія	іритативно-паранояльна	іритативний	астенічний	психо-органічний
асоціативні порушення				
агресія	іритативно-алекситимічна			
алекситимія				
асоціативні порушення	паранояльно-анозогностична	пато-асоціативний	психо-органічний	
анозогнозія				

Резюме

Далі було проведено аналіз значущих кореляційних зв'язків між окремими симптомами у структурі КПС. На основі аналізу зв'язку між групами психопатологічних симптомів було розроблено модель КПС.

Виділено 14 констеляцій симптомів з сильними кореляційними зв'язками:

1) обсесивно-депресивна констеляція, що характеризується поєднанням нав'язливих думок негативного наповнення та фонового стану гіпотимії. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,72$, $p<0,05$. Наявна у 79 (79 %) осіб загального контингенту;

2) обсесивно-анксіозна констеляція, що характеризується поєднанням нав'язливого потягу до наркотичного агенту та стійкого почуття занепокоєння. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p<0,05$. Наявна у 71 (71 %) осіб загального контингенту;

3) обсесивно-фобічна констеляція, що характеризується поєднанням нав'язливих образів та імпульсів, що центровані на втраті контролю над собою та асоційованому з ними відчутті страху, що приймає характер панічних епізодів. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,70$, $p<0,05$. Наявна у 47 (47 %) осіб загального контингенту.

4) гіпотимічно-деперсоналізаційна констеляція, що характеризується поєднанням гіпотимії з ангедонією та відчуттям власної несталості, що підкріплено масивом переживань центрованих навколо соціо-комунікативних порушень. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,81$, $p<0,05$. Наявна у 67 (67 %) осіб загального контингенту;

5) гіпотимічно-анксіозна констеляція, що характеризується поєднанням гіпотимії з ангедонією та стійкого відчуття тривоги. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p<0,05$. Наявна у 72 (72%) осіб загального контингенту;

6) ажитативно-алекситимічна констеляція, що характеризується поєднанням загального психомоторного збудження, що супроводжується масивом додаткових симптомів тривоги та нездатністю ідентифікувати власний емоційний стан. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,73$, $p<0,05$. Наявна у 67 (67 %) осіб загального контингенту;

7) ажитативно-іритативна констеляція, що характеризується поєднанням загального психомоторного збудження, що супроводжується масивом додаткових симптомів тривоги, емоційної лабільності, імпульсивності та дратівливості, що може бути асоційовано з агресивною поведінкою. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,71$, $p<0,05$. Наявна у 65 (65 %) осіб загального контингенту;

8) анксіозно-фобічна констеляція, що характеризується поєднанням стійкого відчуття тривоги з паркосизмами інтенсивного страху. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,76$, $p<0,05$. Наявна у 59 (59 %) осіб загального контингенту;

9) анксіозно-паранояльна констеляція, що характеризується поєднанням стійкої безпредметної тривоги та підозрливості з патологічною фіксацією асоціацій. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,76$, $p<0,05$. Наявна у 59 (59 %) осіб загального контингенту;

10) іритативно-паранояльна констеляція, що характеризується поєднанням підозрливості з патологічною фіксацією асоціацій та стійкої

дратівливості з ретенцією афекту. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,75$, $p<0,05$. Наявна у 64 (64 %) осіб загального контингенту;

11) іритативно-алекситимічна констеляція ($r=0,78$, $p<0,05$). Характеризується поєднанням стійкої дратівливості з ретенцією афекту та втрати критичного осмислення власного емоційного стану з частковою втратою контролю над поведінкою. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p<0,05$. Наявна у 54 (54 %) осіб загального контингенту;

12) фобічно-паранояльна констеляція. Характеризується поєднанням пароксизмів страху з їх патологічною інтерпретацією у модусі ідей відношення або переслідування. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,73$, $p<0,05$. Наявна у 44 (44%) осіб загального контингенту;

13) фобічно-алекситимічна констеляція ($r=0,75$, $p<0,05$). симптомів: Характеризується поєднанням пароксизмів страху з втратою контролю над власним емоційним станом та поведінкою. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,75$, $p<0,05$. Наявна у 44 (44 %) осіб загального контингенту;

14) паранояльно-анозогностична констеляція ($r=0,83$, $p<0,05$). Характеризується поєднанням порушень асоціативного процесу (торпідність, інертність та ригідність мислення) з формування надцінних ідей відношення або переслідування та втрати критичного осмислення власного психічного стану. Внутрішня кореляція симптомів $r=0,83$, $p<0,05$. Наявна у 53 (53 %) осіб загального контингенту.

Виявлені констеляції, на основі домінуючого симптому, було систематизовано у 7 СМК:

1) Псевдообсесивний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – нав'язливі ідеї, уявлення або імпульси. Сателітними симптомами виступають паотафективні симптоми: гіпотимія, відчуття страху та тривога. В складі СМК наявні 3 констеляції симптомів: обсесивно-депресивна, обсесивно-анксіозна, обсесивно-фобічна;

2) Гіпотимічний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – стійке зниження афективно фону. Сателітними симптомами

виступають порушення самосприйняття та тривога. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: гіпотимічно-деперсоналізаційна, гіпотимічно-анксіозна;

3) Ажитативний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – афектогенне психомоторне збудження. Сателітними симптомами виступають втрата критичного осмислення власного емоційного стану та дестабілізація афективних реакцій – дратівливість, імпульсивність, агресія. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: ажитативно-алекситимічна, ажитативно-іритативна;

4) Анксіозний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – відчуття тривоги. Сателітними симптомами виступають пароксизмальне відчуття страху та порушення асоціативного процесу (торпідність, інертність та ригідність мислення) з формування надцінних ідей відношення або переслідування. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: анксіозно-фобічна, анксіозно-паранояльна;

5) Іритативний СМК. Психопатологічний симптоми, що є домінуючими у даному СМК – дратівливість, експлозивність та агресія. Сателітними симптомами виступають порушення асоціативного процесу (торпідність, інертність та ригідність мислення) з формування надцінних ідей відношення або переслідування та втрата критичного осмислення власного психічного стану. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: іритативно-паранояльна, іритативно-алекситимічна;

6) Фобічний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – пароксизмальні епізоди страху. Сателітними симптомами виступають порушення асоціативного процесу з формування надцінних ідей відношення або переслідування та втрата контролю над власним емоційним станом та поведінкою . В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: фобічно-паранояльна, фобічно-алекситимічна;

7) Патоасоціативний СМК. Психопатологічний симптом, що є домінуючим у даному СМК – порушення мислення. Сателітним проявом є порушення критики до власного психічного стану асоційоване з феноменом

анозогнозії. В складі СМК наявна 1 констеляція симптомів: паранояльно-анозогностична.

Проведено ієрархічну систематизацію структури КПС на рівні синдромології.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [21-22, 25, 27, 109].

РОЗДІЛ 6

ХАРАКТЕР ВПЛИВУ КПС НА ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Дані психодіагностичного етапу дослідження, отримані з використанням опитувальника «Соціальної значущості хвороби» О. І. Сердюка представлено у табл. 6.1.

Порівняння рівня представленості показників соціальної значущості хвороби проходило за критерієм кількості осіб в групі, які оцінили даний показник на рівні 4 або 5 балів.

Таблиця 6.1 – Показники соціальної значущості хвороби в групах дослідження

Показник	Г1 (n=12)		Г2 (n=52)		Г3 (n=36)		p(χ^2)		
	n	%	n	%	n	%	Г1		Г2
							Г2	Г3	
Обмеження відчуття сили і енергії	7	58,3	17	32,7	20	55,6	0,10	0,87	0,03
Погіршення відношення в сім'ї	5	41,7	6	11,5	7	19,4	0,01	0,12	0,30
Обмеження задоволень	7	58,3	17	32,7	18	50,0	0,10	0,61	0,10
Погіршення відношення на роботі	3	25,0	5	9,6	5	13,9	0,15	0,37	0,53
Обмеження вільного часу	6	50,0	18	34,6	17	47,2	0,32	0,87	0,23
Обмеження кар'єри	8	66,7	29	55,8	22	61,1	0,49	0,73	0,62
Зниження фізичної привабливості	4	33,3	12	23,1	10	27,8	0,46	0,71	0,62
Формування відчуття збитковості	6	50,0	13	25,0	17	47,2	0,09	0,87	0,03
Обмеження спілкування	8	66,7	15	28,8	14	38,9	0,01	0,09	0,32
Матеріальний збиток	8	66,7	24	46,2	19	52,8	0,20	0,40	0,54

Встановлено, що відмінності у соціальної значущості хвороби між особами в групах дослідження досягають достовірного рівня між Г1 та Г2: за показниками «погіршення відношення у сім'ї» (з переважанням в Г1, $p < 0,01$) та «обмеження спілкування» (з переважанням в Г1, $p < 0,01$); між Г2 та Г3: за

показниками «обмеження відчуття сили та енергії» (з переважанням в Г3, $p=0,03$) та «формування відчуття збитковості» (з переважанням в Г3, $p=0,03$).

Графічне відображення показників соціальної значущості хвороби наведено на рис. 6.1.

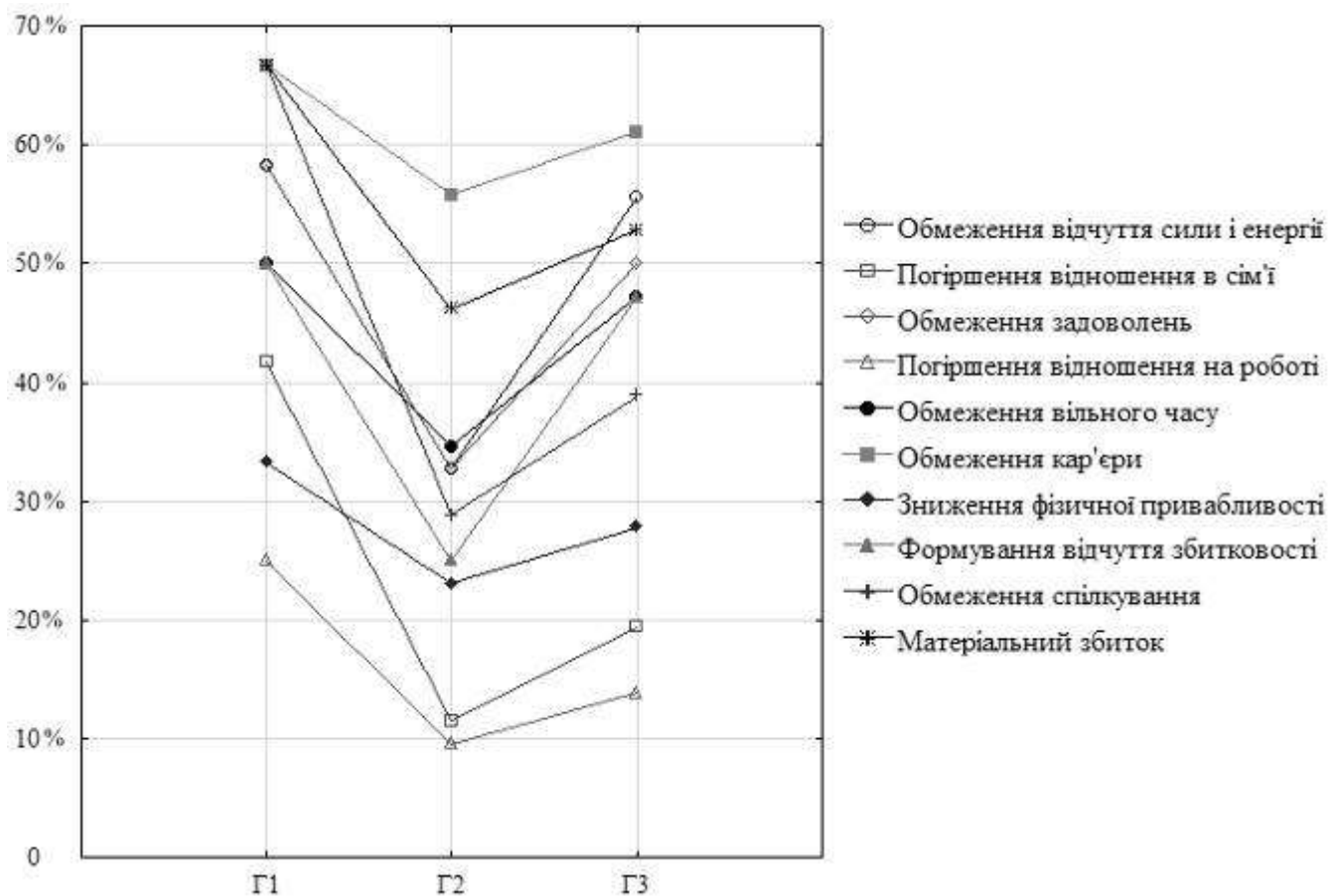


Рисунок 6.1 – Графіки показників соціальної значущості хвороби в залежності від показників інтенсивності прояву симптомів неpsychотичних психічних порушень.

Залежність інтенсивності показників соціальної значущості хвороби від приналежності осіб до групового діапазону значень показника GSI є нелінійною: мінімальну інтенсивність показників соціальної значущості хвороби було зареєстровано в групі Г2 (GSI 0,51–1,50), що відповідає «сідловині».

Обмеження відчуття сили і енергії у Г1 пояснюється поєднанням об'єктивного зниження психічного тону порівняно із преморбідним станом, зі збереженим рівнем критичних функцій, що в сукупності зумовлює надмірну

фіксацію уваги на власному фізичному стані у контексті рутинної життєвої активності.

У Г2 у зв'язку з підвищенням інтенсивності психічного дистресу та наявністю поліморфних психопатологічних проявів формується комплекс проявів астенізації, проте зниження можливості фіксації уваги (астенічна диспрозексія) призводить до менш інтенсивного суб'єктивного відчуття обмеження сили і енергії.

У Г3 проміжні значення показників суб'єктивного обмеження відчуття сили і енергії викликано активуючими ефектами тривоги (симпато-адреналова активація, психомоторне збудження), що має патологічно-компенсаторний ефект на самосприйняття відчуття сили і енергії.

Погіршення відношення в сім'ї у Г1 пояснюється негативною реакцією родини хворого як на власне стан залежності, так і на активацію патернів агресивної, ворожої поведінки.

У Г2 виражене зниження критики до внутрішньосімейної ситуації призводить до нівелювання значення та легковажнішої оцінки погіршення відношення в сім'ї, що, імовірно, насправді мають більш виражений характер, ніж в осіб Г2.

У Г3 погіршення відношення в сім'ї викликано підвищеною ворожістю у комплексі зі схильністю до формування параноїальних структур на фоні змирення членів родини хворого із фактом наявності стану залежності та хронічної наркотизації останнього.

Обмеження задоволень у Г1 пояснюється формування домінанти нав'язливого потягу до наркотичного агенту, рівень задоволення від вживання якого значно перевищує відповідні відчуття, викликані іншими, як фізикальними, так і психологічними стимулами, що провокували відчуття задоволення в минулому.

У Г2 наростання тривожної та депресивної симптоматики, характерне для даної групи, змушує їх сприймати наркотичні речовини як можливість купіювання цієї симптоматики і відчуття полегшення (псевдоабстиненція), що

призводить до зменшення суб'єктивної значимості обмеження задоволень від ненаркогенних агентів, порівняно із Г1.

У Г3, імовірно, більші за Г2 показники обмеження задоволень пояснюються більшою вираженістю тривожної та депресивної симптоматики в осіб даної групи порівняно з Г2; таким чином, прийом наркотичних речовин дозволяє лише частково купіювати дану групу КПС.

Погіршення відношення на роботі у Г1 пояснюється значним підвищенням міжособистісної сенситивності в даному контингенті, що вкупі із характерним для даної групи підвищення ворожості визначає як високий рівень провокування конфліктних ситуацій на роботі, так і високий рівень особистісних переживань щодо них.

У Г2 високий рівень ворожості призводить до значного погіршення відношення на роботі, проте притаманне даній групі зниження критичності зменшує рівень стресу від конфліктних ситуацій у робочому колективі, порівняно із Г1.

У Г3 погіршення відношення на роботі викликано тенденцією до формування параноїальних структур у даного контингенту, однак через високий рівень тривожності суб'єктивне сприйняття конфліктних ситуацій у робочому колективі є більш тяжким, ніж у Г2.

Обмеження вільного часу у Г1 пояснюється великим витратами часу на організацію життя відповідно проходженню програми ЗПТ, поза цим особи даного контингенту завжди мають інтенсивні нав'язливі думки щодо психоактивних речовин, що зменшують суб'єктивне відчуття наявності вільного часу навіть поза безпосередньої спрямованої на наркотизацію активної діяльності.

У Г2 нав'язливі ідеї щодо досягнення стану наркотичного сп'яніння у комбінації зі страхом неможливості задовольнити подібне бажання зумовлює зосередження уваги на реалізації наркотичного потягу, що призводить до нівелювання переживань щодо обмеження вільного часу.

У Г3 обмеження вільного часу сприймається гостріше, ніж у Г2, через додавання притаманної цій групі тривожної та депресивної симптоматики.

Обмеження кар'єри сприймається тяжко у осіб із Г1, що пояснюється інтенсивним впливом наркологічної стигматизації при збереженні критичних функцій.

У Г2 наростання рівню КПС призводить до втрати взаємозв'язку «робота – гроші», та дозволяє розглядати інші способи здобуття матеріальних ресурсів, в той час як зниження критичності не дає особам цього контингенту адекватно оцінити потребу в грошах.

У Г3, незважаючи на вищий, ніж у Г2, рівень КПС, значна тривожність обумовлює більшу обережність у способах здобуття матеріальних ресурсів, знижуючи схильність осіб із даного контингенту до сумнівних шляхів заробітку, тому обмеження кар'єри особами цієї групи сприймається тяжче, ніж у Г2.

Зниження фізичної привабливості оцінюється як значне у осіб із Г1 через підвищення міжособистісної сенситивності, яка спричиняє дещо викривлену оцінку сприйняття себе сторонніми особами.

У Г2 підвищені рівні ворожості значною мірою призводять до нівелювання цінності чужої думки щодо зовнішності осіб даного контингенту, та зниження рівню психологічного дистресу з цього приводу, порівняно з Г1 та Г3.

У Г3 актуалізація відчуття зниження фізичної привабливості, імовірно, викликано депресивними проявами, що є вельми характерними для осіб цього контингенту.

Формування відчуття неповноцінності у Г1 пояснюється усвідомленням проблеми залежності, що постійно підживлюється наявністю нав'язливих думок із цього приводу.

У Г2 спостерігаються достатньо низькі показники відчуття власної неповноцінності через різке зниження критичності до себе та зниження цікавості щодо оцінок, що надають їм інші люди.

У Г3 достатньо високий рівень формування відчуття власної неповноцінності, зіставний з таким у Г1, імовірно, викликаний превалюванням у осіб даної групи тривожної та депресивної симптоматики значного рівню вираженості.

Обмеження спілкування у Г1 пояснюється значним підвищенням міжособистісної сенситивності в даному контингенті, яка на фоні обмеження кола соціальних контактів переважно особами, що також вживають речовини із наркогенним потенціалом і теж мають КПС різного ступеню вираженості, призводить до значного утруднення у встановленні продуктивних міжособистісних взаємодій.

У осіб із Г2 високі рівні ворожості та паранояльності зумовлюють обмеження спілкування при зменшенні цінності спілкування.

У Г3, імовірно, обмеження спілкування викликано високими рівнями тривожної та депресивної симптоматики, які заважають встановленню соціальних контактів і водночас спричиняють дискомфорт від відсутності таких, а тому рівень суб'єктивного відчуття обмеження спілкування у даного контингенту займає проміжний рівень між такими у Г1 і Г2.

Матеріальний збиток, який відчувають особи із Г1, пояснюється зниженням здатності заробляти, в той час як низький рівень КПС не дає особам даної групи вдатися до незаконних способів надбання матеріальних ресурсів.

У Г2 фобічні переживання щодо неможливості вжити наркотичний засіб урівноважується зниженням критичності до власної купівельної спроможності, що в сукупності призводить до формування відчуття матеріального збитку, хоча і у меншій мірі, ніж це характерно для контингенту Г1 та Г3.

У Г3, імовірно, наявність тривожності на фоні відносної збереженості критики щодо власного матеріального стану, тому відчуття матеріального збитку у даного контингенту займає проміжне місце між відповідними рівнями у осіб із Г1 та Г2.

Таким чином, аналіз отриманих даних виявляє, що особи, які мають низький показник інтенсивності прояву симптомів непсихотичних психічних

порушень ($GSI < 0,50$), демонструють найбільшу ступень впливу стану залежності на всі показники психосоціального функціонування, що пов'язано зі збереженням мотивації до соціальної взаємодії, збереженням критики до проявів стану залежності та відсутності фіксації уваги на інтраспективному дистресі викликаному КПС.

З підвищенням інтенсивності прояву симптомів неpsychотичних психічних порушень відбувається зміщення фокусу уваги від соціальної взаємодії до інтраспективного дистресу викликаному КПС з частковою втратою критики до проявів стану залежності та, відповідно, втратою детекції джерела дистресу, що зумовлює наявності інтервалу інтенсивності психопатологічних симптомів (між GSI від 0,51 до 1,50), в якому суб'єктивна важкість психосоціальних наслідків стану залежності є мінімальною.

З подальшим наростанням інтенсивності психопатологічних симптомів (до $GSI \geq 1,51$) відбувається фіксація уваги на інтраспективному дистресі викликаному КПС та значні обмеження соціального функціонування, що призводить до повторного підвищення суб'єктивного сприйняття впливу стану залежності на психосоціальне функціонування, який усвідомлюється через порушення самопочуття та самосприйняття.

Резюме

На наступному етапі дослідження було проведено аналіз психосоціальних компонентів КПС за допомогою опитувальника «Соціальної значущості хвороби». Проаналізовано критерії: обмеження відчуття сили і енергії, погіршення відношення в сім'ї, обмеження задоволень, погіршення відношення на роботі, обмеження вільного часу, обмеження кар'єри, зниження фізичної привабливості, формування відчуття збитковості, обмеження спілкування, матеріальний збиток.

Встановлено, що відмінності у соціальної значущості хвороби між особами в групах дослідження досягають достовірного рівня між $\Gamma 1$ та $\Gamma 2$: за

показниками «погіршення відношення у сім'ї» (з переважанням в Г1, $p < 0,01$) та «обмеження спілкування» (з переважанням в Г1, $p < 0,01$); між Г2 та Г3: за показниками «обмеження відчуття сили та енергії» (з переважанням в Г3, $p = 0,03$) та «формування відчуття збитковості» (з переважанням в Г3, $p = 0,03$).

Аналіз отриманих даних виявляє, що особи, які мають низький показник інтенсивності прояву симптомів непсихотичних психічних порушень ($GSI < 0,50$), демонструють найбільшу ступень впливу стану залежності на всі показники психосоціального функціонування, що пов'язано зі збереженням мотивації до соціальної взаємодії, збереженням критики до проявів стану залежності та відсутності фіксації уваги на інтраспективному дистресі викликаному КПС.

З підвищенням інтенсивності прояву симптомів непсихотичних психічних порушень відбувається зміщення фокусу уваги від соціальної взаємодії до інтраспективного дистресу викликаному КПС з частковою втратою критики до проявів стану залежності та, відповідно, втратою детекції джерела дистресу, що зумовлює наявності інтервалу інтенсивності психопатологічних симптомів (між GSI від 0,51 до 1,50), в якому суб'єктивна важкість психосоціальних наслідків стану залежності є мінімальною.

З подальшим наростанням інтенсивності психопатологічних симптомів (до $GSI \geq 1,51$) відбувається фіксація уваги на інтраспективному дистресі викликаному КПС та значні обмеження соціального функціонування, що призводить до повторного підвищення суб'єктивного сприйняття впливу стану залежності на психосоціальне функціонування, який усвідомлюється через порушення самопочуття та самосприйняття.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [24, 71].

РОЗДІЛ 7

ПРИНЦИПИ ТА СХЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ КОМОРБІДНОЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

На основі аналізу внутрішньої структури КПС та клініко-психологічних характеристик груп дослідження було сформульовано загальні принципи ПТ осіб із КПС, які перебувають на програмі ЗПТ.

1. Нівелювання дисимуляції та дезагтравації – необхідно проведення ПТ у відношенні ірраціональних уявлень осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, щодо стигматизації дистресу.

Психотехнічне забезпечення: раціональна ПТ (ефективність досягається за рахунок пояснення формальних аспектів участі у програмі та збереження), групова ПТ (ефективність досягається за рахунок того, що у рамках групового ефекту відбувається розподіл «відповідальності» за декларацію скарг, що полегшує перехід до індивідуальної психодіагностичної «відвертості»).

Клінічний сенс: підвищення ефективності психодіагностичних процедур за рахунок ліквідації ефектів дисимуляції та дезагтравації.

2. Індукції нозогнозії – проведення ПТ задля формування аутодіагностичної компетенції щодо основних проявів КПС із формуванням уявлення щодо наявності аномалій психічної діяльності та розуміння пропорції між нормативним та патологічним рівнями інтроспективного дистресу.

Психотехнічне забезпечення: психоосвіта (ефективність досягається за рахунок навчання ідентифікації зв'язку між дистресом та наявністю КПС), групова ПТ (ефективність досягається за рахунок порівняння та ідентифікації психопатологічних станів членів психотерапевтичної групи з послідовним переходом від «гетеродіагностики» до аутодіагностики).

Клінічний сенс: поява здатності до самостійного встановлення наявності психопатологічних симптомів дозволяє особам, що перебувають на програмі ЗПТ залежності створити мотивацію до подальшої участі у психотерапевтичних заходах та почати формування механізмів психологічного копіngu.

3. Ліквідації псевдоабстиненції – проведення ПТ, що спрямовано на формування навичок диференціації проявів абстинентного стану та проявів КПС, за рахунок чого знижується рівень фрустрації та досягається нозогнозія.

Психотехнічне забезпечення: психоосвітні процедури (ефективність досягається за рахунок навчання ідентифікації внутрішніх проявів окремих психопатологічних симптомів), раціональна ПТ (ефективність досягається за рахунок пояснення різниці у генезі психопатологічних симптомів).

Клінічний сенс: зниження потреби особи у підвищенні дозування опіоїдного агенту, та відповідне зниження ризику позапрограмного вживання наркотичних речовин або речовин, що змінюють характер наркотичного ефекту основного препарату у рамках модусу аутокурації.

4. Протекції зміни дозування препарату ЗПТ – проведення психотерапевтичної підготовки до зміни дозування препарату ЗПТ. При зниженні дози виникає ризик неконтрольованого позапрограмного прийому наркотичних речовин або речовин, що змінюють характер ефекту основного препарату. При підвищенні дози опіоїдного агенту виникає різке зниження рівня інтроспективного дистресу, що формує в особі патологічне сприйняття психопатологічних симптомів як проявів абстиненції, та формування передумов для позапрограмної наркотизації у модусі аутокурації.

Психотехнічне забезпечення: раціональна ПТ (ефективність досягається за рахунок пояснення ефекту, що прогнозується, та аргументації мети зміни режиму дозування), когнітивно-поведінкова ПТ (ефективність досягається за рахунок корекції імпульсивних форм поведінки, які полягають в основні спонтанної позапрограмної наркотизації).

Клінічний сенс: превенція порушень умов участі у програмі та психопатологічних розладів, що викликано позапрограмним вживанням

наркотичних речовин або речовин, що змінюють характер наркотичного ефекту основного препарату.

5. Структурування дистресу – проведення ПТ, що спрямовано на навчання осіб самостійної ідентифікації, маркуванню та систематизації компонентів дистресу.

Психотехнічне забезпечення: психоосвіта (ефективність досягається за рахунок розширення уявлення щодо структури дистресу внаслідок наявності КПС); когнітивна ПТ (ефективність досягається за рахунок формування навичок самодіагностики проявів КПС).

Клінічний сенс: формування нозогнозії та навичок контролю над проявами КПС.

На базі виявлених характеристик КПС, особливостей порушень психосоціального функціонування та розроблених принципів ПТ осіб із КПС, які перебувають на програмі ЗПТ, сформовано модель ПТ, що складається з 2 послідовних блоків.

I. Дистрес-орієнтований – блок психотерапевтичних технік, спрямованих на психопатологічні компоненти КПС. Для кожного компоненту (СмК) виділено мішень, визначено техніку ПТ та описано відповідну процедуру ПТ, що сприяє нівелюванню або зменшенню інтенсивності СмК та опосередковано – його психосоціальні наслідки (табл.7.1).

1. Псевдообсесивний СмК. Мішень: нав'язливий потяг до наркотичного агенту, нав'язливі думки негативного змісту, центровані на неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності; інтрузивні думки, що центровано на відчутті провини та безперспективності існування. ПТ: формування рефлексу виклику значущих образів (емоційно-насичені спогади із позитивним забарвленням), що конкурують з нав'язливими феноменами у відповідь на специфічний тригер (аромат, вербалізацію або тактильний стимул): навчання ідентифікації та маркуванню нав'язливих ідей як таких, що можна скоригувати (використовується тренування вербалізації думок – особа промовляє навязливі думки спочатку «в голос», а після опанування навички – «про себе», додаючи

після вербалізації коментар «але це лише ілюзія мого розуму, яку я можу контролювати») – формування тригерів перемикання фокусу уваги на специфічні образи різної модальності (використовується тренування візуалізації образів – особа спочатку з заплющеними очима, а після опанування навички – з відкритими, уявляє індивідуально-значущу, емоційно-насичену сцену з власного життя; задля рефлекторного підкріплення використовується індивідуальний фізичний стимул).

2. Фобічний СМК. Мішень: пароксизмальне відчуття страху (панічна атака) у відповідь на специфічний тригер (думки, обставини, соціальна ситуація) сполучені зі страхом втрати контролю над поведінкою, що не підлягає повноцінній критиці. ПТ: Тренування особи цілеспрямованому викликанню у себе стану панічної атаки у контрольованому середовищі з паралельною інтеграцією уявлення щодо рефрактерного періоду тривоги та контролю над частотою панічних епізодів – навчання принципу парадоксальної інтенції (особа під контролем лікаря тренується індукувати в себе прояви або комплексний фобічний епізод, модулюючи думки, уявлення, обставини або соціальну ситуацію, які є тригерами); формування ілюзії контролю над частотою та/або тривалістю панічних епізодів (при невдалій (що передбачається технікою парадоксальної інтенції) індукції фобічного епізоду особі проводиться сугестія контролю над фобією).

3. Гіпотимічний СМК. Мішень: гіпотимія зі злобливістю та стійка ангедонія, які проявляються у негативному наповненні думок, відчутті провини та безперспективності існування. ПТ: Формування в особи алгоритму диференціації-структурування негативних емоцій; створення когнітивних зв'язків між типом негативних емоцій та раціональним фактором, що їх викликає, та спільна розробка плану їх вирішення або мінімізації: структурування афективного стану з виділенням домінуючих у конкретний момент емоцій (особі наводяться приклади туги, почуття провини, сорому тощо); формування навичок переключення уваги з негативних думок або образів на такі, що мають позитивну конотацію (кожне негативне емоційне почуття асоціюється шляхом вербального повторення з якимось індивідуально-

значущим позитивним аспектом світосприйняття); створення індивідуальних семантичних формул, що спрямовано на контроль домінуючої негативної емоції (при виникненні інтрузивних думок, особа вербалізує їх та додає індивідуальну вербалізацію, що спрямовано на виклик позитивної асоціації).

4. Ажитативний СМК. Мішень: афектогенне психомоторне збудження, загальне занепокоєння у відношенні об'єктивних обставин життя. ПТ: формування навички самореєстрації патернів психомоторного збудження з їх градацією; інтеграція ідеї «порогу» збудження; навчання особи способам досягнення аутогенної м'язової релаксації, яка стає механізмом зниження збудження, який повинен бути використаний після перетину «порогу» – навчання ідентифікації та маркуванню поведінкових патернів збудження (особа вербалізує стан занепокоєння та його фізичні прояви); навчання особи входженню у стан повної або часткової аутогенної м'язової релаксації (шляхом прогресивного самонавіювання та наступній індукції почуттів асоційованих зі станом відходження до сну).

5. Анксіозний СМК. Мішень: ірраціональне відчуття тривоги, комбінація прогностичного та інтроспективного дистресу, що центровано навколо втрати контролю над життєвими обставинами; дистрес, що центровано навколо екзистенційної кризи та вітальної загрози. ПТ: пошук раціональних джерел тривоги та асоціація з ними усього спектру тривожних ідей; створення та відпрацювання простого та зрозумілого плану попередження кризового стану; впровадження «принципів безпеки» – алгоритму можливого подолання найбільш вірогідних негативних подій – раціоналізація відчуття тривоги (співбесіда з особою, спрямована на пошук раціональних джерел тривоги з фіксацією уваги на них); формування плану попередження кризового стану відносно джерела тривоги.

6. Іритативний СМК. Мішень: драгівливість, імпульсивність, нетримання афекту, експлозивність, втрата контролю за поведінкою, стани дисфорії з сполучені з епізодами вербальної та фізичної агресії. ПТ: формування навички самореєстрації відчуття гніву з його градацією, що основана на вірогідності

реалізації імпульсивних дій ауто- або гетероагресивних дій; введення уявлення щодо імпульсивних дій та тренування затримки їх реалізації; інтеграція символічних імпульсивних дій, що заміщують агресивні поведінкові акти – навчання особи градації відчуття гніву та сполученої поведінки (вербалізація стадій розвитку афективної реакції агресії з градаціями: дефензивна вербальна агресія, офензивна вербальна агресія, втрата контролю та агресивна поведінка; навчання реєстрації імпульсивної поведінки; формування навички максимального відстрочення в часі імпульсивних дій (шляхом вербалізації поточної стадії афективної реакції агресії з тренуванням довільного регресу стадії або утримання на ній).

7. Патоасоціативний СмК. Мішень: підозрілість на тлі асоціативних порушень, надцінні ідеї відношення та/або переслідування на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту. ПТ: введення уявлення щодо надцинних ірраціональних думок з формуванням навичок їх визначення та цілеспрямованого вибіркового ігнорування – навчання особи відстежуванню та маркуванню патологічних когнітивних наративів; навчання особи реєстрації тригерів, що провокують формування надцинних ідей.

Таблиця 7.1 – Дистресс-орієнтований блок психотерапевтичних технік

Компонент (СмК)	Мішень	Техніка ПТ	Процедура ПТ
1	2	3	4
Псевдо-обсесивний	Нав'язливі думки, образи, імпульси	Навчання ідентифікації та маркуванню нав'язливих ідей ----- Формування тригерів перемикання фокусу уваги на специфічні образи	Формування рефлексу виклику значущих образів (емоційно-насичені спогади), що конкурують з нав'язливими феноменами у відповідь на специфічний тригер (аромат, вербалізацію або тактильний стимул)

Продовження таблиці 7.1

1	2	3	4
Фобічний	Пароксизмальне відчуття страху (панічна атака)	Навчання принципу парадоксальної інтенції	Тренування особи цілеспрямованому викликанню у себе стану панічної атаки у контрольованому середовищі з інтеграцією уявлення щодо рефрактерного періоду тривоги та контролю над частотою панічних епізодів
		Формування ілюзії контролю над частотою панічних епізодів	
Гіпотимічний	Зниження афективного фону	Структурування афективного стану з виділенням домінуючих емоцій	Формування в особи алгоритму диференціації-структурування негативних емоцій. Створення когнітивних зв'язків між типом негативних емоцій та раціональним фактором, що їх викликає, та спільна розробка плану їх вирішення або мінімізації
		Створення індивідуальних семантичних формул, що спрямовано на контроль домінуючої негативної емоції	

Продовження таблиці 7.1

1	2	3	4
Ажитативний	Афектогенне психомоторне збудження	Навчання ідентифікації та маркуванню поведінкових патернів збудження	Формування навички самореєстрації патернів психомоторного збудження з їх градацією. Інтеграція ідеї «порогу» збудження. Навчання особи аутогенної м'язової релаксації, яка стає механізмом зниження збудження, який повинен бути використаний після перетину «порогу».
		Навчання особи входженню у стан аутогенної м'язової релаксації	
Анкіозний	Ірраціональне відчуття тривоги	Раціоналізація відчуття тривоги (пошук раціонального джерела тривоги)	Пошук раціональних джерел тривоги та асоціація з ними усього спектру тривожних ідей, створення плану попередження кризового стану, «принципів безпеки» – алгоритму попередження негативних подій
		Формування плану попередження кризового стану відносно джерела тривоги	

Продовження таблиці 7.1

1	2	3	4
Іритативний	Дратівливість, імпульсивність, агресія	Навчання особи градації відчуття гніву	Формування навички самореєстрації відчуття гніву з його градацією, що основана на вірогідності реалізації імпульсивних дій. Введення уявлення щодо імпульсивних дій та тренування затримки їх реалізації, та інтеграція символічних імпульсивних дій, що заміщують агресивні поведінкові акти
		Навчання реєстрації імпульсивної поведінки	
		Формування навички відстрочення імпульсивних дій	
Пато- асоціативний	Надцінні ідеї відношення та переслідування	Навчання особи відстежуванню та маркуванню патологічних когнітивних наративів	Введення уявлення щодо надцинних іраціональних думок з формуванням навичок їх визначення та цілеспрямованого вибіркового ігнорування

II. Стрес-орієнтований – блок психотерапевтичних технік, спрямованих на патопсихологічні компоненти КПС. Для кожного компоненту (стресору) виділено мішень, визначено техніку ПТ та описано відповідну процедуру ПТ,

що сприяє нівелюванню або зменшенню інтенсивності стресору та його впливу на якість життя пацієнта (табл. 7.2).

1. Псевдоабстиненція. Мішень: уявлення щодо недостатнього дозування препарату ЗПТ як єдиної причини дистресу (особіна прикладах пояснюється, що прояви психопатології є ідентичними деяким проявам абстинентного стану, та можуть сприйматися як такі). ПТ: навчання особи відрізнати симптоми психопатології від проявів абстиненції, формування навички переключення уваги при реєстрації абстинентноподібних симптомів; індукція нозогнозії (особі по) та формування навички самоспостереження.

2. Дистрес при змінах дозування препарату. Мішень: уявлення щодо цілеспрямованої індукції дистресу з боку медичного персоналу. ПТ: встановлення комплаєнсу (особі пояснюється, що декларація дистресу не може привести до виключення з програми ЗПТ та є необхідним для полегшення стану при зміні дозування препарату ЗПТ), формування мотивації до виходу зі стану залежності – виправдання стану дистресу необхідністю боротьби з психологічною складовою залежності (особі пояснюється, що стан фізичного та психологічного дискомфорту є нормальним при подоланні залежності та знаходження у такому стані є корисним та необхідним для вирішення екзистенційної проблеми), мотиваційне інтерв'ю (з особою проводяться сесії обговорення різних аспектів залежності без їх негативного ракурсного подання з метою самостійного формулювання хворим власної мотивації до лікування).

3. Позапрограманне вживання психоактивних речовин та аутокурація. Мішень: уявлення щодо необхідності аутокурації з використанням психоактивних речовин. ПТ: формування комплаєнсу та перехід до декларації дистресу з метою отримання допомоги замість аутокурації (особі пояснюється, що декларація дистресу не може привести до виключення з програми ЗПТ); дестигматизація дистресу шляхом висвітлення його широкої розповсюженості серед контингенту, що проходять ЗПТ; формування груп підтримки серед осіб, що проходять ЗПТ та відчувають значний дистрес із бажанням продовжити позапрограманне вживання психоактивних речовин – формування комплаєнсу;

навчання декларації дистресу; висвітлення дистресу як типового стану для осіб, які проходять ЗПТ із забезпеченням мотивації його подання.

4. Анозогнозія та втрата детекції джерела стресу. Мішень: неможливість встановити джерело негативних відчуттів (через їх поліморфізм та наявність масиву раціональних та/або ірраціональних стресорів). ПТ: індукція нозогнозії (пояснення особі основних категорій психопатологічних симптомів непсихотичного рівня, які можуть супроводжувати залежність в рамках програми ЗПТ); навчання розрізняти типи стресу (пояснення особі різниці між прогностичним та інтроспективним дистресом з формування навичок їх структурування до рівня окремих ризиків); раціоналізація джерел стресу – пояснення природи фізичного захворювання; навчання реєстрації власного стану здоров'я та стимуляції взаємодопомоги у толерантних групах.

5. Сімейна дезадаптація. Мішень: психологічні реакції на сімейні конфлікти та стигматизацію у сімейному оточенні. ПТ: індукція мікросоціальної рефлексії (формування в особі базових навичок зупинки конфлікту у сімейному середовищі); подальше тренування та відпрацювання стратегій вирішення внутрішньосімейних конфліктів – написання біографічних есе, центрованих на питанні сімейних стосунків та їх обговорення у толерантних групах; обговорення сімейних конфліктів та тренування їх вирішення на моделі групової ролевої гри.

6. Маніпулятивна поведінка: Мішень: уявлення щодо раціональності маніпулятивної поведінки при міжособистісній комунікації. ПТ: навчання реєстрації патернів маніпулятивної поведінки та стимулів, що її провокують; тренування стримування намірів реалізації маніпулятивної поведінки у толерантних групах – пояснення деструктивного впливу маніпулятивної поведінки на міжособистісні стосунки; навчання ідентифікації та самоідентифікації основних типів маніпулятивної поведінки та їх табування; заміна звичних для особи маніпулятивних патернів більш продуктивними моделями поведінки (конструктивному діалогу на основі алгоритму, що попередньо сплановано особою у толерантній групі).

Таблиця 7.2 – Стрес-орієнтований блок психотерапевтичних технік

Компонент (стресор)	Мішень	Техніка ПТ	Процедура ПТ
1	2	3	4
Псевдо-абстиненція	Уявлення щодо недостатнього дозування препарату ЗПТ як єдиної причини дистресу	Індукція нозогнозії	Навчання особи відрізнити симптоми психопатології від проявів абстиненції
Дистрес при змінах дозування препарату	Уявлення щодо цілеспрямованої індукції дистресу з боку медичного персоналу	Мотиваційне інтерв'ю	Формування мотивації до виходу зі стану залежності, виправдання кризи необхідністю боротьби з психологічною складовою залежності
Позапрограмне вживання психоактивних речовин та аутокурація	Уявлення щодо необхідності аутокурації з використанням психоактивних речовин	Формування комплаєнсу	Формування комплаєнсу та перехід до декларації дистресу з метою отримання допомоги замість аутокурації. Дестигматизація дистресу шляхом висвітлення його розповсюдженості серед контингенту ЗПТ
		Навчання декларації дистресу	
		Висвітлення дистресу як типового стану для осіб, які проходять ЗПТ	

Продовження таблиці 7.2

1	2	3	4
Анозогнозія та втрата детекції джерела стресу	Неможливість встановити джерело негативних відчуттів (через їх поліморфізм та наявність масиву раціональних та ірраціональних стресорів)	Індукція нозогнозії	Пояснення природи фізичного захворювання, навчання реєстрації власного стану здоров'я та стимуляції взаємодопомоги у толерантних групах
		Навчання розрізнявати типи стресу	
Сімейна дезадаптація	Психологічні реакції на сімейні конфлікти та стигматизацію у сімейному оточенні	Індукція мікросоціальної рефлексії	Написання біографічних есе, центрованих на питанні сімейних стосунків та їх обговорення у толерантних групах. Обговорення сімейних конфліктів та тренування їх вирішення на моделі групової ролевої гри.
		Тренування вирішення внутрішньосімейних конфліктів	

Продовження таблиці 7.2

1	2	3	4
Маніпулятивна поведінка	Уявлення щодо раціональності маніпулятивної поведінки при міжособистісній комунікації	Навчання реєстрації патернів маніпулятивної поведінки	Пояснення деструктивного впливу маніпулятивної поведінки на міжособистісні стосунки. Навчання ідентифікації основних типів маніпулятивної поведінки та їх табування.
		тренування її стримування у толерантних групах	

Аналіз ефективності розроблених принципів та моделі ПТ було проведено шляхом порівняльного аналізу достовірності відмінностей інтенсивності різних груп КПС у паралельних групах після проходження 2-х місячного курсу ПТ.

Групи контролю (ГК) та дослідження (ГД) було сформовано шляхом розподілення 60 осіб з Г2 та Г3 на симетричні групи за показниками інтенсивності різних груп КПС та показника GSI а також показників соціальної значущості хвороби (табл. 7.3 та 7.4).

Таблиця 7.3 – Показники інтенсивності груп симптомів в ГК та ГД за даними SCL-90-R до проведення ПТ

Група КПС з інтенсивністю <1,50 (за SCL-90-R)	ГК (n=30)		p(χ^2)	ГД (n=30)	
	n	%		n	%
1	2	3	4	5	6
SOM	12	40,0	0,30	16	53,3
O-C	20	66,7	0,57	22	73,3

Продовження таблиці. 7.3

1	2	3	4	5	6
INT	22	73,3	0,57	20	66,7
DEP	10	33,3	0,29	14	46,7
ANX	14	46,7	0,80	15	50,0
HOS	12	40,0	0,79	13	43,3
PHOB	17	56,7	0,80	16	53,3
PAR	16	53,3	0,30	12	40,0
PSY	20	66,7	0,43	17	56,7
GSI	12	40,0	1,00	12	40,0

Особи, які увійшли в ГК, не отримували специфічної психотерапевтичних інтервенцій окрім таких, що передбачені стандартним протоколом проходження програми ЗПТ. Особи, які увійшли в ГД, отримували 2 послідовних 4-недільних блоків ПТ (1-й – дистрес-орієнтований; 2-й – стрес-орієнтований) у режимі 2 індивідуальні сесії по 30 хвилин в неділю.

Таблиця 7.4 – Показники соціальної значущості хвороби в ГК та ГД за даними опитувальника О.І. Сердюка до проведення ПТ

Показник	ГК n=30		p(χ^2)	ГД n=30	
	n	%		n	%
1	2	3	4	5	6
Обмеження відчуття сили і енергії	16	53,3	0,80	17	56,7
Погіршення відношення в сім'ї	4	13,3	0,49	6	20,0
Обмеження задоволень	15	50,0	0,44	18	60,0
Погіршення відношення на роботі	5	16,7	1,00	5	16,7
Обмеження вільного часу	16	53,3	0,61	14	46,7
Обмеження кар'єри	17	56,7	0,60	19	63,3
Зниження фізичної привабливості	13	43,3	0,79	12	40,0
Формування відчуття збитковості	16	53,3	1,00	16	53,3
Обмеження спілкування	13	43,3	0,80	14	46,7

Продовження таблиці 7.4

1	2	3	4	5	6
Матеріальний збиток	16	53,3	1,00	16	53,3

Порівняння відмінностей інтенсивності різних груп КПС в ГК та ГД після проходження курсу ПТ згідно до розроблених принципів та моделі представлено у табл. 7.5 та 7.6.

Таблиця 7.5 – Показники інтенсивності груп симптомів в ГК та ГД за даними SCL-90-R після проведення ПТ

Група КПС з інтенсивністю <1,50 (за SCL-90-R)	ГК (n=30)		p(χ^2)	ГД (n=30)	
	n	%		n	%
SOM	13	43,3	<0,05	21	70,0
O-C	12	40,0	<0,01	23	76,7
INT	23	76,7	0,26	19	63,3
DEP	15	50,0	<0,01	26	86,7
ANX	15	50,0	<0,01	25	83,3
HOS	13	43,3	0,44	16	53,3
PHOB	19	63,3	<0,01	28	93,3
PAR	16	53,3	0,19	11	36,7
PSY	18	60,0	0,60	16	53,3
GSI	12	40,0	0,04	20	66,7

Встановлено, що, після проходження курсу ПТ, достовірні відмінності інтенсивності різних груп КПС встановлено за групами SOM ($p<0,05$), O-C ($p<0,01$), DEP ($p<0,01$), ANX ($p<0,01$), PHOB ($p<0,01$) та показника GSI ($p<0,05$) зі зниженням інтенсивності груп КПС в ГД по відношенню до ГК.

Таким чином, ефективність ПТ має місце у відношенні груп КПС, які входять у псевдоневротичний та патоафективний спектри, в той час, коли прояви психоорганічного класу недоступні психотерапевтичній редукції у

рамках проведеного курсу ПТ.

Встановлено, що, після проходження курсу ПТ, достовірні відмінності показників соціальної значущості хвороби встановлено за: обмеженням відчуття сили і енергії ($<0,05$); обмеженням задоволень ($<0,05$), зниженням фізичної привабливості ($p<0,01$); формуванням відчуття збитковості ($p<0,01$); обмеженням спілкування ($p<0,01$), зі зниженням показників соціальної значущості в ГД по відношенню до ГК.

Таблиця 7.6 – Показники соціальної значущості хвороби в ГК та ГД за даними опитувальника О.І. Сердюка після проведення ПТ

Показник	ГК (n=30)		$p(\chi^2)$	ГД (n=30)	
	n	%		n	%
Обмеження відчуття сили і енергії	15	50,0	$<0,05$	7	23,3
Погіршення відношення в сім'ї	4	13,3	0,13	1	3,3
Обмеження задоволень	17	56,7	$<0,05$	9	30,0
Погіршення відношення на роботі	5	16,7	1,00	5	16,7
Обмеження вільного часу	13	43,3	0,46	10	33,3
Обмеження кар'єри	16	53,3	0,06	9	30,0
Зниження фізичної привабливості	15	50,0	$<0,01$	4	13,3
Формування відчуття збитковості	17	56,7	$<0,01$	4	13,3
Обмеження спілкування	13	43,3	$<0,01$	2	6,7
Матеріальний збиток	17	56,7	0,79	16	53,3

Таким чином, встановлено, що розроблена модель ПТ має ефективність у відношенні показників соціальної значущості хвороби, що менше залежать від прямої соціальної взаємодії, що ілюструє соціальну відповідь на поведінку індуковану КПС психоорганічного спектру, які не демонструють достатньої психотерапевтичної редукції.

Резюме

На основі аналізу внутрішньої структури КПС та клініко-психологічних характеристик груп дослідження було сформульовано загальні принципи ПТ осіб із КПС, які перебувають на програмі ЗПТ:

1) нівелювання дисимуляції та дезагтравації необхідно для проведення ПТ у відношенні ірраціональних уявлень осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, щодо стигматизації дистресу, що дозволяє підвищити ефективність психодіагностичних процедур за рахунок ліквідації ефектів дисимуляції та дезагтравації;

2) індукції нозогнозії – проведення ПТ задля формування аутодіагностичної компетенції, щодо основних проявів КПС, із формуванням уявлення щодо наявності аномалій психічної діяльності та розуміння пропорції між нормативним та патологічним рівнями інтроспективного дистресу, що дозволяє досягти здатності до самостійного встановлення наявності психопатологічних симптомів. Дозволяє особам, що перебувають на програмі ЗПТ створити мотивацію до подальшої участі у психотерапевтичних заходах та почати формування механізмів психологічного копіngu.

3) ліквідації псевдоабстиненції – проведення ПТ, що спрямовано на формування навичок диференціації прояві абстинентного стану та проявів КПС, за рахунок чого знижується рівень фрустрації та досягається нозогнозія, що призводить до зниження потреби особи у підвищенні дозування препарату ЗПТ, та відповідно знижує ризик позапрограмного вживання наркотичних речовин або речовин, що змінюють характер наркотичного ефекту основного препарату у рамках модусу аутокурації.

4) протекції зміни дозування препарату ЗПТ – проведення психотерапевтичної підготовки до зміни дозування препарату ЗПТ. При зниженні дози виникає ризик неконтрольованого позапрограмного прийому наркотичних речовин або речовин, що змінюють характер ефекту основного препарату. При підвищенні дози опіюючого агенту виникає різке зниження рівня інтроспективного дистресу, що формує в особі патологічне сприйняття

психопатологічних симптомів як проявів абстиненції, та формування передумов для позапрограмної наркотизації у модусі аутокурації, що дозволяє реалізувати превенцію порушень умов участі у програмі та психопатологічних розладів, що викликано позапрограмним вживанням наркотичних речовин або речовин, що змінюють характер наркотичного ефекту основного препарату.

5) структурування дистресу – проведення ПТ, що спрямовано на навчання осіб самостійно ідентифікувати, маркувати та систематизувати компоненти дистресу, що дозволяє досягти формування нозогнозії та навичок контролю над проявами КПС.

На базі виявлених характеристик КПС, особливостей порушень психосоціального функціонування та розроблених принципів ПТ осіб із КПС, які перебувають на програмі ЗПТ, сформовано модель ПТ, що складається з 2 послідовних блоків.

1. Дистрес-орієнтований – блок психотерапевтичних технік, спрямованих на психопатологічні компоненти КПС, що орієнтовані на терапію основних СМК. Мішенями ПТ виступають: нав'язливі думки, образи, імпульси; пароксизмальне відчуття страху; зниження афективного фону; афектогенне психомоторне збудження; ірраціональне відчуття тривоги; дратівливість, імпульсивність, агресія; надцінні ідеї відношення та переслідування.

2. Стрес-орієнтований – блок психотерапевтичних технік, спрямованих на патопсихологічні компоненти КПС, що орієнтовані на терапію реакцій на основні стресори в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ. Мішенями ПТ виступають: уявлення щодо недостатнього дозування препарату ЗПТ як єдиної причини дистресу; уявлення щодо цілеспрямованої індукції дистресу з боку медичного персоналу; уявлення щодо необхідності аутокурації з використанням психоактивних речовин; неможливість встановити джерело негативних відчуттів (через їх поліморфізм та наявність масиву раціональних та ірраціональних стресорів); психологічні реакції на сімейні конфлікти та стигматизацію у сімейному оточенні; уявлення щодо раціональності маніпулятивної поведінки при міжособистісній комунікації.

Аналіз ефективності розроблених принципів та моделі ПТ було проведено шляхом порівняльного аналізу достовірності відмінностей інтенсивності різних груп КПС у паралельних групах після проходження 2-х місячного курсу ПТ.

Групи контролю (ГК) та дослідження (ГД) було сформовано шляхом розподілення 60 осіб з Г2 та Г3 на симетричні групи за показниками інтенсивності різних груп КПС та показника GSI а також показників соціальної значущості хвороби.

Встановлено, що, після проходження курсу ПТ, достовірні відмінності інтенсивності різних груп КПС встановлено за групами SOM ($p < 0,05$), O-C ($p < 0,01$), DEP ($p < 0,01$), ANX ($p < 0,01$), PNOB ($p < 0,01$) та показника GSI ($p < 0,05$), зі зниженням інтенсивності груп КПС в ГД по відношенню до ГК. Також встановлено, що, після проходження курсу ПТ, достовірні відмінності показників соціальної значущості хвороби встановлено за: обмеженням відчуття сили і енергії ($< 0,05$); обмеженням задоволень ($< 0,05$), зниженням фізичної привабливості ($p < 0,01$); формуванням відчуття збитковості ($p < 0,01$); обмеженням спілкування ($p < 0,01$), зі зниженням показників соціальної значущості в ГД по відношенню до ГК.

Таким чином, ефективність ПТ має місце у відношенні груп КПС псевдоневротичного (соматизація, obsесивно-компульсивні прояви, фобичність) та патоафективного (тривога, депресія), в той час, коли прояви психоорганічного спектру не доступні психотерапевтичній редукції у рамках проведеного курсу ПТ. Також встановлено, що розроблена модель ПТ має ефективність у відношенні показників соціальної значущості хвороби, що менше залежать від прямої соціальної взаємодії (обмеження відчуття сили і енергії, обмеження задоволень, зниження фізичної привабливості, формуванням відчуття збитковості, обмеженням спілкування), що ілюструє соціальну відповідь на поведінку індуковану КПС психоорганічного спектру, які не демонструють достатньої психотерапевтичної редукції.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [20].

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

На першому етапі дослідження шляхом аналізу медичної документації та напівструктурованого психодіагностичного інтерв'ю встановлено психопатогенетичну роль 21 анаменстичного фактору у складі 5 груп. Проведено аналіз психопатогенетичних факторів екзогенної групи: поступове зниження дозування агенту ЗПТ / неможливість компенсації толерантності до агенту ЗПТ – 19 (19 %) осіб, нестабільне дозування агенту ЗПТ / заміна препарату ЗПТ – 7 (7 %) осіб, підвищення дозування агенту ЗПТ – 32 (32 %) особи, прояв сторонніх ефектів агенту ЗПТ – 13 (13 %) осіб, проблемне позапрограмне вживання алкоголю (постінтоксикаційні феномени) – 31 (31%) особа. Проведено аналіз психопатогенетичних факторів органічної групи: травматичні ураження ЦНС встановлено у 26 (26 %) осіб, токсичні ураження ЦНС – у 19 (19 %) осіб, дисциркуляторні ураження ЦНС – у 12 (12 %) осіб). Проведено аналіз психопатогенетичних факторів соматогенної групи: інфекційна патологія (парентеральні інфекції), встановлена у 19 (19 %) осіб, ендокринна патологія – у 10 (10 %) осіб та кардіоваскулярна патологія – у 36 (36 %) осіб. Проведено аналіз психопатогенетичних факторів психогенної групи: реакції на наркологічну стигматизацію – 62 (62 %) осіб, реакції на сімейну дезадаптації – 41 (41 %) осіб, реакції на матеріальну дезадаптації – 46 (46 %) осіб, реакції на патологічне соціальне оточення – 18 (18 %) осіб, нозогенні реакції – 23 (23%) особи, досвід непрофесійного лікування залежності – 56 (56 %) осіб. Проведено аналіз психопатогенетичних факторів персонологічної групи: пристосування особистості до існування у стані залежності – 76 (76 %) осіб, пристосування особистості до патологічного соціального оточення – 18 (18 %) осіб, пристосування особистості до патологічного модусу сімейного життя – 41 (41 %) осіб, пристосування особистості до матеріального колапсу – 46 (46 %) осіб.

На основі чого сформовано концепцію поліфакторіального генезу КПС в рамках якої сформульовано загальний модус впливу 5 зазначених груп

психопатогенетичних факторів на основні групи КПС (систематизованих за категоріями симптоматичного опитувальника SCL-90-R).

Згідно до концепції поліфакторіального генезу КПС, група симптомів соматизації (в контингенті дослідження: поліморфні психовегетативні симптоми, що комбінуються з соматичними проявами тривоги та депресії, фізичними проявами абстинентного стану та соматичними симптомами наявних хронічних розладів, що не можуть бути диференційовані особою) підлягає індукції соматогенними факторами та різноспрямовано модулюється екзогенними факторами; група obsesивно-компульсивних симптомів (в контингенті дослідження: нав'язливий потяг до наркотичного агенту та нав'язливі спогади станів сп'яніння які підлягають контролю, але викликають фрустрацію з переходом до дисфорії) підлягає індукції органічними факторами та різноспрямовано модулюється екзогенними факторами; група симптомів міжособистісної сенситивності (в контингенті дослідження: відчуття соціальної несправедливості, що важко переноситься особою але водночас може демонструватися як інструмент маніпуляції) підлягає індукції соматогенними та психогенними факторами але знижуються персонологічними факторами; група симптомів депресії (в контингенті дослідження: стійка гіпотимія з ангедонією що має динаміку флуктуації з переходом до станів дисфорії, з формуванням транзиторних змішаних депресивно-дисфорійних станів) підлягає індукції соматогенними та психогенними факторами, знижуються персонологічними факторами та різноспрямовано модулюється екзогенними факторами; група симптомів тривоги (в контингенті дослідження: поєднання стійкої безпредметної тривоги помірного рівня та пароксизмальних станів інтенсивної тривоги, що виникають в при психоемоційному виснаженні після дисфоричних реакцій або фрустрації) підлягає індукції органічними, соматогенними та психогенними факторами, знижуються персонологічними факторами та різноспрямовано модулюється екзогенними факторами; група симптомів ворожості / агресії (в контингенті дослідження: поєднання стійкої дратівливості та дисфорійних пароксизмів складної структури (агресія,

імпульсивність, демонстративність) з переходом до стану психоемоційного виснаження) підлягає індукції екзогенними, органічними, психогенними та персонологічними факторами; група симптомів фобічної тривожності (в контингенті дослідження: пароксизмальні стани інтенсивної тривоги з втратою самоконтролю та психовегетативними симптомами, що виникають в умовах виснаження після дисфоричних реакцій або у стані фрустрації) підлягає індукції соматогенними та психогенними факторами та різноспрямовано модулюється екзогенними факторами; група симптомів паранояльності (в контингенті дослідження: підозрілість, що загострюються у станатах фрустрації та підкріплюються відчуттям соціальної несправедливості, соціальною відчуженістю, патологічним оточенням та наркологічною стигматизацією) підлягає індукції органічними та персонологічними факторами; група симптомів психотизму (в контингенті дослідження: анозогнозія відносно психопатологічних проявів та втрата самоконтролю в станах дисфорії та пароксизмальної тривоги) підлягає індукції екзогенними, органічними, соматогенними та персонологічними факторами;

Далі шляхом застосування «Клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів» було встановлено якісні характеристики КПС в контингенті дослідження: патологічна тривога виявлена у 94 % осіб, невротична депресія – у 97 % осіб, психастенія – у 77 % осіб, істеричний тип реагування та obsesивно-фобічні прояви – у 100 % осіб, психовегетативні порушення – у 90 % осіб.

Зважаючи на тотальну представленість в контингенті основних непсихотичних психопатологічних станів, задля встановлення профілю інтенсивності окремих груп психопатологічних симптомів було проведено кількісний аналіз з використанням симптоматичного опитувальника SCL-90-R.

У контексті дослідження нами було виділено 3 діагностичні рівні показника GSI, які відповідали розподілу самостійної оцінки самопочуття «з причин пов'язаних з психічним здоров'ям». 11 з 12 осіб (91,7 %) з показниками GSI менше «0,50» заперечували наявність проявів психічного неблагополуччя;

49 з 52 осіб (92,3 %) з показниками GSI між «0,51» і «1,50» повідомляли про наявність дискомфорту з причин пов'язаних з психічним здоров'ям и; 30 з 36 (83,3 %) осіб з показниками GSI більше «1,51» свідчили про виражений дискомфорті в силу наявності проявів психічного неблагополуччя або конкретних психопатологічних симптомів).

За результатами вивчення рівнів інтенсивності психопатологічних проявів та урахуванням вираженого кореляційного зв'язку між усіма групами симптомів та показником загального рівня важкості симптомів (SOM ($r=0,58$, $p<0,05$), O-C ($r=0,83$, $p<0,05$), INT ($r=0,73$, $p<0,05$), DEP ($r=0,87$, $p<0,05$), ANX ($r=0,92$, $p<0,05$), NOS ($r=0,82$, $p<0,05$), PNOB ($r=0,85$, $p<0,05$), PAR ($r=0,84$, $p<0,05$), PSY ($r=0,81$, $p<0,05$), було проведено розподіл контингенту на групи дослідження.

Шляхом встановлення розподілення показника GSI та аналізу його кореляційних зв'язків з групами КПС, було встановлено групи інтенсивності КПС в контингенті дослідження: у 12 % осіб знаходяться на мінімальному рівні (GSI $<0,5$; домінують симптоми ворожості/агресії ($r=0,78$, $p<0,05$), 52 % особи – на субклінічному рівні (GSI 0,51-1,50; домінують симптоми ворожості/агресії ($r=0,73$, $p<0,05$), фобічності ($r=0,71$, $p<0,05$), проявів тривоги ($r=0,65$, $p<0,05$), депресії ($r=0,67$, $p<0,05$) та нав'язливостей ($r=0,67$, $p<0,05$), 36 % осіб – на клінічному рівні (GSI $>1,51$; домінують симптоми тривоги ($r=0,70$, $p<0,05$), депресії ($r=0,56$, $p<0,05$) та агресії ($r=0,62$, $p<0,05$).

На другому, клініко-психопатологічному, етапі дослідження встановлено якісну та кількісну представленість КПС в групах дослідження, внутрішню структуру КПС, виділено та систематизовано СМК КПС.

Групи КПС було систематизовано у 3 спектри за категоріями, симптомів SCL-90-R, виділено: патоафективний (симптоми тривоги та депресії): відображає особливості афективного статусу, що сприймаються в контингенті дослідження як негативні, включає підшкали DEP та ANX; псевдоневротичний (обсесивно-компульсивні, психовегетативні, фобічні

симптоми та симптоми порушення самосприйняття): відображає особливості психопатологічних проявів, що традиційно розглядаються у контексті клініки невротичних станів, включає підшкали O-C, SOM, PNOB та INT; психоорганічний (асоціативні та дисфоричні симптоми, симптоми психотизму): відображає психопатологічні прояви, що є типовими при дифузних екзогенно-органічних ураженнях ЦНС (розглядається у контексті набутих змін особистості та психоорганічного синдрому), включає підшкали NOS, PAR та PSY.

В групах дослідження було проведено аналіз кореляційних зв'язків груп КПС. На основі аналізу встановлено домінування психоорганічного спектру симптомів у структурі КПС в Г1, про що свідчить залежність важкості стану від симптомів ворожості/агресії ($r=0,78$, $p<0,05$). Другорядними чинниками є obsесивно-компульсивні симптоми ($r=0,68$, $p<0,05$), симптоми міжособистісної сенситивності ($r=0,67$, $p<0,05$) та симптоми тривоги ($r=0,51$).

В Г2 встановлено домінування псевдоневротичного спектра на тлі симптомів психоорганічного спектра у структурі КПС, про що свідчить залежність важкості стану від симптомів ворожості/агресії ($r=0,73$, $p<0,05$), фобічності ($r=0,71$, $p<0,05$), проявів тривоги ($r=0,65$, $p<0,05$), депресії ($r=0,67$, $p<0,05$) та нав'язливостей ($r=0,67$, $p<0,05$).

В Г3 встановлено домінування патоафективного спектру симптомів на тлі симптомів психоорганічного спектра у структурі КПС, про що свідчить залежність важкості стану від симптомів тривоги ($r=0,70$, $p<0,05$), депресії ($r=0,56$, $p<0,05$) та агресії ($r=0,62$, $p<0,05$), без істотного впливу інших груп симптомів.

Проведено аналіз кожної групи симптомів КПС в залежності від загального рівня важкості симптомів в групах дослідження.

Група симптомів соматизації представляє собою континуум: в Г1 психовегетативні симптоми, в Г2 психовегетативні та функціональні вісцеральні симптоми, в Г3 психовегетативні, функціональні вісцеральні та нейром'язові симптоми.

Група симптомів обсесивного кола представляє собою континуум: в Г1 нав'язливий потяг до наркотичного агенту, в Г2 нав'язливий потяг до наркотичного агенту, нав'язливі думки негативного змісту, центровані на неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності, в Г3 нав'язливий потяг до наркотичного агенту, та нав'язливі думки негативного змісту, центровані на відчутті провини та безперспективності існування.

Група симптомів міжособистісної сенситивності представляє собою континуум: в Г1 образливість та почуття неспроможності формування соціальних відносин, в Г2 ідеї власної неповноцінності, почуття соціального відчуження, в Г3 надцінні ідеї неповноцінності, необоротного відсторонення від нормативного соціального життя.

Група симптомів депресії представляє собою континуум: в Г1 гіпотимія та ангедонія, що сприймаються як рутинне тло функціонування та не викликають незвичного наповнення думок, в Г2 гіпотимія та ангедонія, центровані на неможливості подолання психосоціальних наслідків залежності, в Г3 гіпотимія зі злобливістю та стійка ангедонія, які проявляються у негативному наповненні думок, відчутті провини та безперспективності існування.

Група симптомів тривоги представляє собою континуум: в Г1 прогностичний дистрес та загальне занепокоєння у відношенні об'єктивних обставин життя, в Г2 комбінація проспективного та інтроспективного дистресу, що центровано навколо втрати контролю над життєвими обставинами, в Г3 інтенсивний прогностичний та інтроспективний дистрес, що центровано навколо екзистенційної кризи та вітальної загрози.

Група симптомів ворожості представляє собою континуум: в Г1 дратівливість, імпульсивність та нетримання афекту, в Г2 експлозивність, імпульсивність, що частково центровано навколо втрати контролю над поведінкою, в Г3 стани дисфорії з імпульсивністю та епізодами вербальної та фізичної агресії.

Група симптомів фобичності представляє собою континуум: в Г2 страх втрати контролю над поведінкою чи збожеволіти, в Г3 страх втрати контролю над поведінкою, що не підлягає повноцінній критиці.

Група симптомів паранояльності представляє собою континуум: в Г1 підозрілість на тлі асоціативних порушень, в Г2 надцінні ідеї відношення на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту, в Г3 надцінні ідеї відношення та/або переслідування на тлі асоціативних порушень та ретенції афекту.

Група симптомів психотизму представляє собою континуум: в Г1 анозогнозія, алекситимія, нетримання афекту, імпульсивність, зниження рівня контролю за поведінкою, в Г2 порушення контролю за поведінкою та епізоди втрати критики до власного стану, в Г3 анозогнозія, втрата критики до проявів КПС, імпульсивність, часткова втрата контролю над поведінкою в періоди дисфорії.

Далі було проведено аналіз значущих кореляційних зв'язків між окремими симптомами у структурі КПС, на основі якого розроблено модель КПС. За критерієм $r \geq 0,70$, $p < 0,05$ виділено 14 констеляцій симптомів:

– обсессивно-депресивна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,72$, $p < 0,05$; наявна у 79 (79 %) осіб загального контингенту ($O-C > 0,5 + DEP > 0,5$), констеляція характеризує феномен «інтрузивних думок» при депресивних станах (патологічних ідей приналежних до категорії нав'язливих, що мають характер негативних уявлень щодо життєвих перспектив, самооцінки, соціальної ролі тощо);

– обсессивно-анксіозна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p < 0,05$; наявна у 71 (71 %) осіб загального контингенту ($O-C > 0,5 + ANX > 0,5$), констеляція характеризує феномен «інтрузивних думок» при тривожних станах (патологічних ідей приналежних до категорії нав'язливих, що мають характер уявлень та образів можливої реалізації індивідуально значущих ризиків);

– обсессивно-фобічна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,70$, $p < 0,05$; наявний у 47 (47%) осіб загального контингенту ($O-C > 0,5 +$

PHOV > 0,5), констеляція характеризує феномен «інтрузивних думок» при фобічних станах (патологічних ідей приналежних до категорії нав'язливих, що мають характер образів можливої реалізації об'єктів або ситуації, які полягають в основі фобії);

– гіпотимічно-деперсоналізаційна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,81$, $p<0,05$; наявна у 67 (67 %) осіб загального контингенту (DEP > 0,5 + INT > 0,5), констеляція характеризує феномен «депресивної деперсоналізації», що являє собою специфічний модус викривлення самосприйняття з формуванням ідей власної неповноцінності, самоприниження, патологічного почуття провини, що проявляється у тому числі у контексті порівняння себе та оточуючих.

– гіпотимічно-анксіозна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p<0,05$, наявна у 72 (72 %) осіб загального контингенту (DEP > 0,5 + ANX > 0,5), констеляція характеризує специфічний взаємозв'язок станів тривоги та депресії, що реалізується за рахунок двостороннього впливу: стан тривоги призводить до виснаження гальмівних функцій та дестабілізують афективний фон провокуючи інтенсифікацію депресивного стану; стан депресії призводить до формування уявлень щодо власної несталості та неможливості контролю ризиків, що інтенсифікує тривогу.

– ажитативно-алекситимічна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,73$, $p<0,05$, наявна у 67 (67 %) осіб загального контингенту (ANX > 0,5 + PSY > 0,5). Констеляція демонструє феномен «алекситимії» при станах тривоги (неможливість ідентифікувати власний емоційний стан внаслідок фіксації уваги на проспективному дистресі та модифікації тривогою усіх інших емоційних станів);

– ажитативно-іритативна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,71$, $p<0,05$, наявна у 65 (65 %) осіб загального контингенту (ANX > 0,5 + NOS > 0,5), констеляція демонструє феномен астенізації при тривожних станах, що характеризується дратівливістю та легким або помірним психомоторним збудженням, що є результатом виснаження гальмівних механізмів, що

модулюють емоційні реакції та поведінку внаслідок тривалої їх активації при персистенції стану тривоги;

– анкіозно-фобічна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,76$, $p<0,05$, наявна у 59 (59 %) осіб загального контингенту ($ANX > 0,5 + PNOB > 0,5$), констеляція демонструє феномен тривожного очікування пароксизмального стану, що виникає коли сам фобічний епізод (короткотривалий інтенсивний страх) стає об'єктом побоювання та сам по собі індукує тривогу в періодах між його епізодами;

– анкіозно-паранояльна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,76$, $p<0,05$, наявна у 59 (59 %) осіб загального контингенту ($ANX > 0,5 + PAR > 0,5$), констеляція демонструє специфічні порушення мислення (апофенію) при тривожних станах, що являє собою підозрілість, патологічний символізм та стереотипні, ритуальні форми поведінки та мислення, що відбивають дисоціативний регрес мислення у результаті неможливості контролю ризиків;

– іритативно-паранояльна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,75$, $p<0,05$, наявна у 64 (64 %) осіб загального контингенту ($HOS > 0,5 + PAR > 0,5$), констеляція демонструє феномен «ретенції афекту», що являє собою реалізацію торпідності, інертності та ригідності мислення у сфері емоцій, що виникає внаслідок неможливості відволіктися від емоційного триггеру;

– іритативно-алекситимічна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,78$, $p<0,05$, наявна у 54 (54 %) осіб загального контингенту ($HOS > 0,5 + PSY > 0,5$), констеляція демонструє феномен афективної логіки у контексті стану подібного до дисфорії, в рамках якого локус контролю поведінки зміщується до афекту гніву, що реалізується у експлозивності та втраті контролю над поведінкою;

– фобічно-паранояльна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,73$, $p<0,05$, наявна у 44 (44 %) осіб загального контингенту ($PNOB > 0,5 + PAR > 0,5$), констеляція демонструє вплив досвіду переживання

пароксизмальних епізодів страху на мислення особи з формуванням підозрливості та іраціонального тлумачення причин розвитку фобічних епізодів;

– фобічно-алекситимічна констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,75$, $p<0,05$, наявна у 44 (44 %) осіб загального контингенту ($RHOV > 0,5 + PSY > 0,5$), констеляція демонструє феномен деперсоналізації, що виникає у структурі фобічного епізоду внаслідок поєднання елементів даного стану таких як відчуття запаморочення, оніміння кінцівок, сплутаність думок, наплив яскравих негативних образів, неможливість, інтенсивний страх збожеволіти або померти.

– паранояльно-анозогностична констеляція – внутрішня кореляція симптомів $r=0,83$, $p<0,05$, наявна у 53 (53 %) осіб загального контингенту ($PAR > 0,5 + PSY > 0,5$), констеляція демонструє феномен формування патологічних ідей на основі сукупного впливу елементів паранояльності в умовах зниженої самокритики;

Виявлені констеляції симптомів було систематизовано у 7 СМК на основі домінуючого симптому.

1. Псевдообсесивний СМК. Домінуючий психопатологічний симптом – нав'язливі ідеї, уявлення або імпульси. Сателітними симптомами є: патоафективні симптоми: гіпотимія, відчуття страху та тривога. В складі СМК наявні 3 констеляції симптомів: обсесивно-депресивна, обсесивно-анксіозна, обсесивно-фобічна,

2. Гіпотимічний СМК. Домінуючий психопатологічний симптом – стійке зниження афективного фону. Сателітними симптомами виступають: порушення самосприйняття та тривога. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: гіпотимічно-деперсоналізаційна, гіпотимічно-анксіозна.

3. Ажитативний СМК. Домінуючий психопатологічний симптом – афектогенне психомоторне збудження. Сателітними симптомами виступають: втрата критичного осмислення власного емоційного стану та дестабілізація афективних реакцій – дратівливість, імпульсивність, агресія. В складі СМК

наявні 2 констеляції симптомів: ажитативно-алекситимічна, ажитативно-іритативна.

4. Анксіозний СМК. Домінуючий психопатологічний симптом – відчуття тривоги. Сателітними симптомами виступають: пароксизмальне відчуття страху та порушення асоціативного процесу (торпідність, інертність та ригідність мислення) з формуванням надцінних ідей відношення або переслідування. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: анксіозно-фобічна, анксіозно-паранояльна.

5. Іритативний СМК. Домінуючий психопатологічний симптом – дратівливість, експлозивність та агресія. Сателітними симптомами виступають: порушення асоціативного процесу (торпідність, інертність та ригідність мислення) з формуванням надцінних ідей відношення або переслідування та втратою критичного осмислення власного психічного стану. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: іритативно-паранояльна, іритативно-алекситимічна.

6. Фобічний СМК. Домінуючий психопатологічний симптом – пароксизмальні епізоди страху. Сателітними симптомами виступають: порушення асоціативного процесу з формуванням надцінних ідей відношення або переслідування та втратою контролю над власним емоційним станом та поведінкою. В складі СМК наявні 2 констеляції симптомів: фобічно-паранояльна, фобічно-алекситимічна.

7. Патоасоціативний СМК. Домінуючий психопатологічний симптом – порушення мислення. Супутнім проявом є порушення критики до власного психічного стану, асоційоване з феноменом анозогнозії. В складі СМК наявна 1 констеляція симптомів: паранояльно-анозогностична.

Створено ієрархічну систематизацію структури КПС на рівні синдромології.

На третьому, психодіагностичному, етапі дослідження було проведено аналіз психосоціальних компонентів КПС за допомогою опитувальника «Соціальної значущості хвороби». Проведено аналіз наступних показників:

обмеження відчуття сили та енергії, погіршення відносин у сім'ї, обмеження задоволень, погіршення відносин на роботі, обмеження вільного часу, обмеження кар'єри, зниження фізичної привабливості, формування відчуття збитковості, обмеження спілкування, матеріальний збиток.

Встановлено достатньо достовірний рівень відмінностей у соціальній значущості хвороби між Г1 та Г2: за показниками «погіршення відношення у сім'ї» (з переважанням в Г1, $p < 0,01$) та «обмеження спілкування» (з переважанням в Г1, $p < 0,01$); між Г2 та Г3: за показниками «обмеження відчуття сили та енергії» (з переважанням в Г3, $p = 0,03$) та «формування відчуття збитковості» (з переважанням в Г3, $p = 0,03$).

На підставі отриманих даних встановлено, що особи з низьким показником інтенсивності прояву симптомів непсихотичних психічних порушень ($GSI < 0,50$) демонструють найбільшу ступень впливу стану залежності на всі показники психосоціального функціонування. Цей зв'язок пов'язаний зі збереженням мотивації до соціальної взаємодії, збереженням критики до проявів стану залежності та відсутності фіксації уваги на інтраспективному дистресі, викликаному КПС.

При більшому рівні інтенсивності (між GSI від 0,51 до 1,50), відбувається зміщення фокусу уваги від соціальної взаємодії до інтраспективного дистресу, викликаному КПС, з частковою втратою критики до проявів стану залежності та, відповідно, втратою детекції джерела дистресу. В даному інтервалі інтенсивності психопатологічних симптомів, суб'єктивна важкість психосоціальних наслідків стану залежності є мінімальною.

З подальшим наростанням інтенсивності психопатологічних симптомів (до $GSI \geq 1,51$) відбувається фіксація уваги на інтраспективному дистресі, викликаному КПС, та спостерігаються значні обмеження соціального функціонування, що зумовлює повторне підвищення суб'єктивного сприйняття впливу стану залежності на психосоціальне функціонування, який усвідомлюється через порушення самопочуття та самосприйняття.

Четвертий, психотерапевтичний, етап дослідження полягав у розробці принципів та схеми ПТ осіб із КПС, які перебувають на програмі ЗПТ. На основі аналізу внутрішньої структури КПС та клініко-психологічних характеристик груп дослідження було сформульовано загальні принципи ПТ осіб із КПС:

1) нівелювання дисимуляції та дезагтравації - проведення ПТ стосовно ірраціональних уявлень осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, щодо стигматизації дистресу, що дозволяє підвищити ефективність психодіагностичних процедур;

2) індукції нозогнозії – проведення ПТ з метою формування уявлення щодо наявності аномалій психічної діяльності та здатності до самостійного встановлення наявності психопатологічних симптомів особам, що перебувають на програмі ЗПТ, що сприяє досягненню мотивації до подальшої участі у психотерапевтичних заходах та формуванню механізмів психологічного копіngu.

3) ліквідації псевдоабстиненції – проведення ПТ, що направлено на формування навичок диференціації прояву абстинентного стану та проявів КПС задля зниження рівня фрустрації та досягнення нозогнозії. В результаті - знижується потреба особи у підвищенні дозування препарату ЗПТ, та відповідно знижує ризик позапрограмного вживання опіюїдів або речовин, що змінюють характер наркотичного ефекту основного препарату у рамках модусу аутокурації.

4) протекції зміни дозування препарату ЗПТ – проведення психотерапевтичної підготовки до зміни дозування препарату ЗПТ. Оскільки при зниженні дози опіюїдного агенту, виникає ризик неконтрольованого, позапрограмного прийому наркотичних речовин, а при підвищенні дози - різке зниження рівня інтроспективного дистресу, що створює передумови для позапрограмної наркотизації, даний принцип дозволяє запобігти порушенню умов участі у програмі та формуванню психопатологічних розладів,

викликаних позапрограмним вживанням наркотичних речовин або речовин, що змінюють характер наркотичного ефекту основного препарату.

5) структурування дистресу – проведення ПТ, що спрямовано на навчання осіб самостійно ідентифікувати, маркувати та систематизувати компоненти дистресу з метою формування нозогнозії та навичок контролю над проявами КПС.

На основі виявлених характеристик КПС, особливостей порушень психосоціального функціонування та розроблених принципів ПТ осіб із КПС, які перебувають на програмі ЗПТ, сформовано модель ПТ, що складається з 2 послідовних блоків: дистрес-орієнтованого та стрес-орієнтованого.

1. Дистрес-орієнтований – блок психотерапевтичних технік, спрямованих на психопатологічні компоненти КПС, що орієнтовано на терапію основних СМК. Мішенями ПТ виступають: нав'язливі думки, образи, імпульси; пароксизмальне відчуття страху; зниження афективного фону; афектогенне психомоторне збудження; ірраціональне відчуття тривоги; дратівливість, імпульсивність, агресія; надцінні ідеї відношення та переслідування.

2. Стрес-орієнтований – блок психотерапевтичних технік, спрямованих на патопсихологічні компоненти КПС, що орієнтовано на терапію реакцій на основні стресори в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ. Мішенями ПТ виступають: уявлення щодо недостатнього дозування препарату ЗПТ як єдиної причини дистресу; уявлення щодо цілеспрямованої індукції дистресу з боку медичного персоналу; уявлення щодо необхідності аутокурації з використанням психоактивних речовин; неможливість встановити джерело негативних відчуттів (через їх поліморфізм та наявність масиву раціональних та ірраціональних стресорів); психологічні реакції на сімейні конфлікти та стигматизацію у сімейному оточенні; уявлення щодо раціональності маніпулятивної поведінки при міжособистісній комунікації.

Для оцінки ефективності розроблених принципів та моделі ПТ було сформовано групи контролю (ГК) та дослідження (ГД). Розподілено 60 осіб з

Г2 та Г3 на симетричні групи за показниками інтенсивності різних груп КПС та показника GSI а також показників соціальної значущості хвороби. Проведено порівняльний аналіз достовірності відмінностей інтенсивності різних груп КПС у паралельних групах після проходження 2-х місячного курсу ПТ.

В результаті аналізу ефективності, достовірні відмінності інтенсивності різних груп КПС встановлено за групами SOM ($p < 0,05$), O-C ($p < 0,01$), DEP ($p < 0,01$), ANX ($p < 0,01$), PNOB ($p < 0,01$) та показника GSI ($p < 0,05$), зі зниженням інтенсивності груп КПС в ГД по відношенню до ГК. Також, достовірні відмінності показників соціальної значущості хвороби встановлено за: обмеженням відчуття сили і енергії ($p = 0,03$); обмеженням задоволень ($p = 0,04$), зниженням фізичної привабливості ($p < 0,01$); формуванням відчуття збитковості ($p < 0,01$); обмеженням спілкування ($p < 0,01$), зі зниженням показників соціальної значущості в ГД по відношенню до ГК.

Отже, запропоновані принципи ПТ ефективні у відношенні груп КПС псевдоневротичного (соматизація, obsесивно-компульсивні прояви, фобічність) та патоафективного (тривога, депресія), в той час, коли прояви психоорганічного спектру не доступні достатньому психотерапевтичному впливу. Також встановлено, що розроблена модель ПТ ефективна відносно показників соціальної значущості хвороби з меншою залежністю від прямої соціальної взаємодії (обмеження відчуття сили і енергії, обмеження задоволень, зниження фізичної привабливості, формуванням відчуття збитковості, обмеженням спілкування), що ілюструє соціальну відповідь на поведінку індуковану КПС психоорганічного спектру, які не підлягають достатній психотерапевтичній редукції.

ВИСНОВКИ

Залежність є однією з базових медико-соціальних проблем сучасного суспільства в Україні та світі. Не зважаючи на системні заходи, що спрямовані на профілактику станів залежності, лікування та реабілітацію залежних осіб, дана проблема робить значний вклад у епідеміологічне поширення соматичних та психічних захворювань. Замісна підтримувальна терапія на сьогодні отримала статус офіційного методу лікування опіоїдної залежності в Україні, однак, не зважаючи на системну підтримку даного методу, протягом усього періоду реалізації програм замісної підтримувальної терапії у світі триває дискусія щодо сполучених медичних ризиків.

Особливо важливу роль грає коморбідна психопатологічна симптоматика, що чинить значний негативний вплив на якість життя та соціальне функціонування залежних осіб. Наразі немає чітко визначених даних щодо психопатогенетичних та структурно-динамічних особливостей коморбідної психопатологічної симптоматики в осіб, які проходять замісну підтримувальну терапію. Відносно діагностики та лікування коморбідної психопатологічної симптоматики використовують специфічні підходи, причинами цьому є неможливість використання традиційних психофармакологічних засобів через високий ризик фармакологічної взаємодії з опіоїдами, що фактично унеможлиблює використання традиційного досвіду лікування такої психічних, що зміщує ракурс надання спеціалізованої допомоги таким особам у площину психотерапії.

1. У дослідженні вирішено важливу задачу в галузі психіатрії – на підставі аналізу клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних та клініко-психологічних особливостей осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії, визначено психопатогенетичні та структурно-динамічні характеристики коморбідної психопатологічної симптоматики, розроблено принципи та схему їх психотерапії.

2. Встановлено психопатогенетичну роль 21 фактору у складі 5 груп, на основі чого сформовано концепцію поліфакторіального генезу коморбідної психопатологічної симптоматики. Встановлені якісні характеристики коморбідної психопатологічної симптоматики в контингенті дослідження: патологічна тривога виявлена у 94% осіб, невротична депресія – у 97% осіб, психастенія – у 77% осіб, істеричний тип реагування та obsesивно-фобічні прояви – у 100% осіб, психовегетативні порушення – у 90% осіб. Встановлена інтенсивність коморбідної психопатологічної симптоматики в контингенті дослідження: у 12% осіб знаходяться на мінімальному рівні ($GSI < 0,5$; домінують симптоми ворожості/агресії ($r=0,78$, $p<0,05$), 52% особи – на субклінічному рівні ($GSI 0,51-1,50$; домінують симптоми ворожості/агресії ($r=0,73$, $p<0,05$), фобічності ($r=0,71$, $p<0,05$), проявів тривоги ($r=0,65$, $p<0,05$), депресії ($r=0,67$, $p<0,05$) та нав'язливостей ($r=0,67$, $p<0,05$), 36% осіб – на клінічному рівні ($GSI > 1,51$; домінують симптоми тривоги ($r=0,70$, $p<0,05$), депресії ($r=0,56$, $p<0,05$) та агресії ($r=0,62$, $p<0,05$).

3. Виявлено та описано 14 констеляцій симптомів у складі 7 симптомокомплексів коморбідної психопатологічної симптоматики: псевдоobsesивний – obsesивно-депресивна ($r=0,72$, $p<0,05$, 79 % осіб), obsesивно-анксіозна ($r=0,78$, $p<0,05$, 71 % осіб), obsesивно-фобічна ($r=0,70$, $p<0,05$, 47 % осіб) констеляції симптомів; гіпотимічний – гіпотимічно-деперсоналізаційна ($r=0,81$, $p<0,05$, 67 % осіб), гіпотимічно-анксіозна ($r=0,78$, $p<0,05$, 72 % осіб) констеляції симптомів; ажитативний – ажитативно-алекситимічна ($r=0,73$, $p<0,05$, 67 % осіб), ажитативно-іритативна ($r=0,71$, $p<0,05$, 65 % осіб) констеляції симптомів; анксіозний – анксіозно-фобічна ($r=0,76$, $p<0,05$, 59% осіб), анксіозно-паранояльна ($r=0,76$, $p<0,05$, 59 % осіб) констеляції симптомів; іритативний – іритативно-паранояльна ($r=0,75$, $p<0,05$, 64 % осіб), іритативно-алекситимічна ($r=0,78$, $p<0,05$, 54 % осіб) констеляції симптомів; фобічний К – фобічно-паранояльна ($r=0,73$, $p<0,05$, 44 % осіб), фобічно-алекситимічна ($r=0,75$, $p<0,05$, 44 % осіб) констеляції симптомів, паранояльний – паранояльно-анозогностична ($r=0,83$, $p<0,05$, 53 % осіб)

консте́ляція симптомів. Проведено ієрархічну систематизацію структури коморбідної психопатологічної симптоматики на рівні синдромології.

4. Встановлено, що особи Г1, демонструють найбільшу ступень впливу стану залежності на всі показники психосоціального функціонування, що пов'язано зі збереженням мотивації до соціальної взаємодії, збереженням критики до проявів стану залежності та відсутності фіксації уваги на інтраспективному дистресі викликаному коморбідною психопатологічною симптоматикою. В Г2 відбувається зміщення фокусу уваги від соціальної взаємодії до інтраспективного дистресу викликаному коморбідною психопатологічною симптоматикою з частковою втратою критики до проявів стану залежності та, відповідно, втратою детекції джерела дистресу, що зумовлює наявність інтервалу інтенсивності психопатологічних симптомів (між GSI від 0,51 до 1,50), в якому суб'єктивна важкість психосоціальних наслідків стану залежності є мінімальною. В Г3 увагу осіб фіксовано на інтраспективному дистресі викликаному коморбідною психопатологічною симптоматикою та значні обмеження соціального функціонування, що призводить до повторного підвищення суб'єктивного сприйняття впливу стану залежності на психосоціальне функціонування, який усвідомлюється через порушення самопочуття та самосприйняття.

5. На основі аналізу внутрішньої структури коморбідної психопатологічної симптоматики та клініко-психологічних характеристик груп дослідження було сформульовано загальні принципи психотерапії осіб із коморбідною психопатологічною симптоматикою, які перебувають на програмі ЗПТ: нівелювання дисимуляції та дезаггравації, індукції нозогнозії, ліквідації псевдоабстиненції, протекції зміни дозування препарату замісної підтримувальної терапії, структурування дистресу. Сформовано схему психотерапії, що складається з 2 послідовних блоків: дистрес-орієнтованого та стрес-орієнтованого. Встановлено, що, після проходження курсу психотерапії, достовірні відмінності інтенсивності різних груп коморбідної психопатологічної симптоматики встановлено за групами SOM ($p < 0,05$), O-C

($p < 0,01$), DEP ($p < 0,01$), ANX ($p < 0,01$), PНОВ ($p < 0,01$) та показника GSI ($p < 0,05$), зі зниженням інтенсивності груп коморбідної психопатологічної симптоматики в ГД по відношенню до ГК. Встановлені достовірні відмінності показників соціальної значущості хвороби встановлено за: обмеженням відчуття сили і енергії ($p < 0,05$); обмеженням задоволень ($p < 0,05$), зниженням фізичної привабливості ($p < 0,01$); формуванням відчуття збитковості ($p < 0,01$); обмеженням спілкування ($p < 0,01$), зі зниженням показників соціальної значущості в ГД по відношенню до ГК.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При зборі анамнезу осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, з метою раннього виявлення КПС, аналізувати наявність факторів екзогенної (динаміка поступового зниження дозування агенту ЗПТ / неможливість компенсації толерантності до агенту ЗПТ, нестабільне дозування агенту ЗПТ / заміна препарату ЗПТ, підвищення дозування агенту ЗПТ, прояв сторонніх ефектів агенту ЗПТ, проблемне позапрограмне вживання алкоголю (постінтоксикаційні феномени), органічної (травматичні, токсичні та дисциркуляторні ураження ЦНС), соматогенної (інфекційна (парентеральні інфекції), ендокринна та кардіоваскулярна патологія), психогенної (реакції на наркологічну стигматизацію, сімейну та матеріальну дезадаптації, патологічне соціальне оточення, нозогенні реакції та досвід непрофесійного лікування залежності), та патоперсонологічної (приспосовання особистості до існування у стані залежності, до патологічного соціального оточення, до патологічного модусу сімейного життя та матеріального колапсу), як маркерів КПС.

2. При формуванні схеми терапії КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, враховувати особливості динаміки впливу КПС на загальну важкість стану: при мінімальній важкості загального стану психоорганічний спектр симптомів є домінуючим, при подальшому наростанні важкості стану обумовленої КПС до нього приєднується псевдоневротичний спектр симптомів, при поглибленні важкості стану до клінічного рівня – псевдоневротичний спектр симптомів поглинається патоафективним.

3. При аналізі необхідності зміни дозування агенту ЗПТ в осіб з КПС, необхідно враховувати феномени анозогнозії та втрати детекції джерела дистресу, що призводить до псевдоабстиненції – інтерпретації дистресу викликаного КПС як наслідку невідповідності дозування агенту ЗПТ до потреб особи, що може бути нівельований цільовою терапією групи симптомів КПС, яка має найбільший вплив на загальну важкість стану особи.

4. При терапії КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ використовувати принципи нівелювання дисимуляції та дезагравациї, індукції нозогнозії, ліквідації псевдоабстиненції, протекції зміни дозування препарату ЗПТ та структурування дистресу, що дозволяє підвищити точність психодіагностики та прихильність до ПТ.

5. При ПТ КПС в осіб, які перебувають на програмі ЗПТ, враховувати наявність психопатологічного та патопсихологічного компонентів КПС та використовувати диференційований підхід до їх ПТ: послідовне використання блоків розробленої схеми ПТ дистрес-орієнтованого – у відношенні основних СМК КПС та стрес-орієнтованого – у відношенні основних патопсихологічних феноменів у структурі КПС.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Автухов К. А., Байлов А. В. Замісна підтримуюча терапія в місцях несовободи: міжнародний досвід. *Вісник кримінологічної асоціації України*. 2016. № 2 (13). С. 173–183.
2. Айзберг О. Р. Заместительная терапия наркомании: опыт Беларуси: сб. ст. Минск, 2012. С. 41–65.
3. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Щорічний аналітичний огляд (вип. 2) / І. В. Лінський, М. В. Голубчиков, О. І. Мінко та ін. Харків, 2005. 31 с.
4. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Щорічний аналітичний огляд (вип. 3) / І. В. Лінський, М. В. Голубчиков, О. І. Мінко та ін. Харків, 2006. 46 с.
5. Артемчук А. Ф., Сосин И. К., Чернобровка Т. В. Экологические основы коморбидности адиктивных заболеваний. Харьков : Коллегиум, 2013. 1152 с.
6. Батиргарєєва В. С., Золотарьов О. І. Значення замісної терапії у запобіганні наркоманії та наркотичній злочинності. *Наукові дослідження: зб. наук. праць*. 2012. Вип. 24. С. 82–94.
7. Белецкая А. А. Медицинские и социальные последствия наркомании и токсикомании. *Проблеми законності*. 2013. № 124. С. 20.
8. Белокрылов И. В. Расстройства личности у больных с зависимостью от психоактивных веществ : вопросы методологии исследования и систематики. *Вопросы наркологии*. 2004. № 4. С. 47–56.
9. Благоев Л. Н., Кургак Д. И. О понятии коморбидности в клинической наркологии. *Наркология*. 2006. № 5. С. 58–63.
10. Бохан Н. А., Семке В. Я., Четвериков Д. В. Двойной диагноз в психиатрии и наркологии: оценка и лечение. Томск, 2009. 236 с.

11. Бузина Т. С. Психологические факторы риска ВИЧинфицированных больных опийной наркоманией : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04. М., 1998. 26 с.
12. Букановская Т. И. Эмоциональное переживание и психологическая защита в структуре синдрома зависимости у больных опийной наркоманией. *Вопросы наркологии*. 1992. № 3–4. С. 157–161.
13. Васильева Г. Ю., Яровой В. М. Особливості емоційного стану наркозалежних, які отримують підтримувальну терапію агоністами опіоїдів (попереднє повідомлення). *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, Вип. 1. С. 182–183.
14. Вешнева С. А., Бисалиев Р. В. Клинико-психопатологические, личностные и социальные особенности больных опийной наркоманией. *Наркология*. 2008. № 2. С. 78–84.
15. Вієвський А. М. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у дітей і підлітків (клінічна феноменологія, профілактика та корекція) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.17. К., 2012. 40 с.
16. Власова И. Б. Особенности формирования наркоманий у женщин. *Медико-биологические и социальные аспекты наркологии*. 1997. С. 17–21.
17. Вплив програм замісної підтримуючої терапії на криміногенну ситуацію у державі : аналітичний звіт за результатами наукового дослідження / О. М. Джужа, О. М. Стрільців, В. В. Василевич та ін. Харків : Права людини, 2012. 82 с.
18. Габиани А. А. На краю пропасти: Наркомания и наркоманы: моногр. М. : Мысль, 1990. 220 с.
19. Горбань А. Е. Особенности формирования наркозависимости, мотивация наркопотребления у больных опийной наркоманией. *Нові технології в медицині* : матер. наук.-практ. конф. Харків, 2000. С. 56.
20. Городокін А. Д. Система психотерапії коморбідних психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі замісної

підтримувальної терапії. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2019. № 1. С. 18–24.

21. Городокін А. Д. Внутрішня структура комплексу коморбідних психопатологічних порушень непсихотичного рівня в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю, присвяч. Дню науки. Запоріжжя, 13-17 травня, 2019. С. 45.

22. Городокін А. Д. Внутрішня структура псевдоневротичних проявів у залежних осіб, що перебувають на програмі замісної терапії. *Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології* : зб. тез Міжвузівської конф. Харків, 28 лютого, 2019. С. 18–19.

23. Городокін А. Д. Особенности невротических проявлений у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости. *Медична психологія*. 2018. № 1. С. 47–50.

24. Городокін А. Д. Особливості взаємозв'язків коморбідної психопатологічної симптоматики непсихотичного рівня, в осіб, які перебувають на програмах замісної терапії залежності синтетичними опіоїдами. *Медична психологія*. 2019. № 3. С. 85–89.

25. Городокін А. Д. Особливості внутрішньої структури коморбідної психопатологічної симптоматики у пацієнтів, які перебувають на програмах замісної терапії залежності. *Медична психологія*. 2018. № 2. С. 53–57.

26. Городокін А. Д. Проблемы диагностики расстройств невротического спектра у лиц, пребывающих на программах заместительной терапии синтетическими опиоидами. *Сучасні аспекти медицини і фармації – 2017* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю, присвяч. Дню науки. Запоріжжя, 11-12 травня, 2017. С. 63–64.

27. Городокін А. Д. Структура псевдоневротичних проявів у осіб, які перебувають на програмі замісної підтримуючої терапії. *Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин»* :

матер. XIX Української наук.-практ. конф. з міжнар. уч., присвяч. 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка. Харків, 9–10 квітня, 2019. С. 54–56.

28. Городокін А. Д. Феномен суперкомплаєнтности пацієнтів на программе замістительной терапії залежності. *Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики* : тези V-й Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України з міжнародною участю. Харків, 16-17 березня, 2017. С. 183.

29. Гофман А. Г. Проблемы наркологии (рецензия на книгу В.Д. Менделеевича и М.Л. Злобина «Аддиктивное влечение»). *Наркология*. 2013. № 1. С. 90–98.

30. Грабас А. Н. Наркомания как социальная проблема. *Академия профессионального образования*. 2016. № 10. С. 33–35.

31. Деревянко О. И. Преморбидные, клинко-психопатологические, личностные и социальные особенности больных опийной наркоманией. *Гигиена труда и медицинская экология*. 2011. № 1. С. 105–112.

32. Друзь О. В. Наявність депресивних епізодів в анамнезі і поточний афективний статус осіб, залежних від опіоїдів. *Вісник проблем біології і медицини*. 2012. Вип. 4, Т. 1 (96). С. 100–106.

33. Егоров В. Ф. Смертность больных наркоманиями.: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. М., 1995. 24 с.

34. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані за 2010 рік) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін. Київ, 2011. 22 с.

35. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані за 2011 рік) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін. Київ, 2012. 25 с.

36. Иманбеков К. О. Общие подходы к организации амбулаторного лечения и реабилитации зависимых от психоактивных веществ. *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. 2010. № 3 (20). С. 135–143.

37. Ишханян М. В., Карпенко Н. В. Эконометрика. Часть 1. Парная регрессия. М. : МГУПС (МИИТ), 2016. 117 с.

38. Клинико-социальные и онтогенетические паттерны формирования синдрома зависимости у лиц с коморбидными психическими расстройствами / Н. А. Бохан, Г. М. Усов, Д. С. Титов и др. *Психическое здоровье*. 2011. Т. 9, № 6 (61). С. 41–50.

39. Кожина Г. М., Бітенський В. С., Коростий В. І. Психіатрія і наркологія. К. : ВСВ «Медицина», 2015. 512 с.

40. Линский И. В. Фармакотерапия при синдроме лишения опиоидов у больных с различной прогрессивностью опиомании. *Архів психіатрії*. 2001. № 3. С. 95–101.

41. Линский И. В., Савкина Т. В. Психологические особенности, как факторы предрасположенности к развитию психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. *Український медичний альманах*. 2000. Т. 3, № 2 (додаток). С. 84–86.

42. Литвицкий П. Ф. Наркомании, токсикомании, отравления. *Непрерывное профессиональное образование*. 2014. № 13 (3). С. 51–60.

43. Лінський І. В., Мінко О. І. Наркопатологія, як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства. *Профілактика аутоагресивної поведінки при психічних розладах : тези конференції*. Харків, 2008. *Український вісник психоневрології*. 2007. Т. 15, Вип. 1 (54). С. 79.

44. Ловушкина Ю. Г. Профилактика наркомании среди населения. *Научный альманах*. 2017. № 1–2. С. 339–345.

45. Логаш М. В., Покотило П. Б. Деякі аспекти історії опіатів в контексті сучасних проблем наркозалежності. *Світ медицини та біології*. 2013. № 4 (41). С. 126–129.

46. Лучак Т. Я., Кайрі О. Д. Зв'язок психологічних особливостей і внутрішньоособистісних конфліктів осіб з наркозалежністю. *Інтернаука*. 2017. № 4. С. 13–16.

47. Малкіна-Пих І. Г. Психосоматика : Довідник практичного психолога. М. : Ексмо, 2005. 992 с.

48. Матузок Э. Г. Некоторые социально-психологические и неврологические аспекты опийной наркомании у женщин, пребывающих в местах лишения свободы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45. Харьков, 1993. 25 с.

49. Мінко О. О. Діагностичне значення психопатологічних проявів у осіб з залежністю від опіоїдів. *Український вісник психоневрології*. 2009. Т. 17, Вип. 2. С. 72–74.

50. Мохначев С. О. Героиновая наркомания у женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45; 14.00.18. М., 2001. 26 с.

51. Національний звіт за 2015 рік щодо наркотичної ситуації (за даними 2014 року). В рамках програми «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції», за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Київ : МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2015. 196 с.

52. Національний звіт за 2016 рік щодо наркотичної ситуації (за даними 2015 року). В рамках програми «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції», за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Київ : МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. 174 с.

53. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації (за даними 2016 року). В рамках програми «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції», за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Київ : МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. 176 с.

54. Національний перелік основних лікарських засобів. *Урядовий кур'єр*. 2017. № 57. URL: <https://www.ukurier.gov.ua/uk/>.

55. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения / Н. А. Бохан, И. Я. Стоянова, Е. Д. Счастный и др. *Суицидология*. 2014. № 2 (15). С. 55–59.

56. Польская Н. А. Взаимосвязь временной перспективы и личностных черт с актами самоповреждения больных опийной наркоманией. *Философия. Психология. Педагогика*. 2012. № 3. С. 87–91.

57. Популяційно-генетичний аналіз формування станів залежності та оцінка можливостей протидії їхньому поширенню / П. В. Волошин, І. В. Лінський, О. І. Мінко та ін. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21, Вип. 4 (77). С. 5–11.

58. Про затвердження Методики розрахунку потреби у препаратах замісної підтримувальної терапії для лікування осіб, хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів : наказ МОЗ України від 29.09.2016 р. № 1011. Офіційний вісник України. 2016. № 83. С. 319.

59. Пятницкая И Н. Наркомании. М. : Медицина, 1994. 542 с.

60. Роль наследственных факторов в формировании зависимости от опиатов / В. В. Востриков, Н. О. Селизарова, А. Ю. Григорьева и др. *Педиатр*. 2015. № 4. С. 27–32.

61. Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение: моногр. М. : Анахарсис, 2001. 208 с.

62. Руценко И. П. Количественное измерение динамики и структурных характеристик процесса распространения наркотиков (методология, методика и результаты исследований). *Молодёжь и наркотики (социология наркотизма)* : зб. под ред. В. А. Соболева, И. П. Руценко. Харьков : Торсинг, 2000.. С. 17–83.

63. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М., 2005. 304 с.

64. Сикач К. Ю. Криминальная безопасность регионов Украины. *Геополитика и экогеодинамика регионов*. 2014. Т.10. Вып. 2. С. 767–770.

65. Стан замісної підтримувальної терапії в Україні. Публікація МОЗ України від 23.02.2011 р. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110223_0.html.

66. Станько Э. П., Игумнов С. А. Шкала оценки уровня дезадаптации пациента с опийной зависимостью. *Медицинский вестник Юга России*. 2014. № 3. С. 140–145.

67. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб : Питер, 2001. 272 с.
68. Федоров А. И. Психология зависимости : влияние темпоральных нарушений на формирование и развитие аддиктивного поведения. Ульяновск : УлГПУ, 2005. 154 с.
69. Чугунов В. В. Андрух П. Г., Михайлов Б. В. Принципы психотерапии и реабилитации специфических эмоциональных нарушений у лиц с зависимостью от психоактивных веществ. *Международный медицинский журнал*. 2010. Т. 16, № 4. С. 14–20.
70. Чугунов В. В. Городокін А. Д. The model of psychopathogenesis of nonpsychotic mental disorders in persons undergoing the programs of synthetic opioids substitution therapy. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 9. С. 58–63.
71. Чугунов В. В., Городокин А. Д. Особенности невротических проявлений в суточном цикле наркотизации у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии опиоидной зависимости. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 50-річчю ЗДМУ. Запоріжжя, 18-25 квітня, 2018. С. 133.
72. Шилейко И. Д., Вергун О. М. Оптимизация заместительной метадоновой терапии на основе лабораторного мониторинга. *Медицинские новости*. 2013. № 10 (229). С. 58–60.
73. A latent class analysis of self-reported clinical indicators of psychosocial stability and adherence among opioid substitution therapy patients: Do stable patients receive more unsupervised doses? / B. Larance, N. Carragher, R. P. Mattick et al. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014. № 142. P. 46–55.
74. Age and impulsive behavior in drug addiction: A review of past research and future directions / E. Argyriou, M. Um, C. Carron, M. A. Cyders. *Pharmacol Biochem Behav*. 2018. № 164. P. 106–117.

75. Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms / S. A. Brown, R. K. Inaba, J. C. Gillin et al. *Am J Psychiatry*. 1995. № 152. P. 45–52.

76. Analysis of the current status of suicidal thoughts and the risk factors among patients receiving methadone maintenance treatment in Guangzhou / H. Y. Zhang, L. R. Cao, Y. H. Yang et al. *Mod Prev Med*. 2016. № 43. P. 4489–4493.

77. Anxiety, Depression, and Insomnia Among Adults With Opioid Dependence Treated With Extended-Release Naltrexone vs Buprenorphine-Naloxone: A Randomized Clinical Trial and Follow-up Study / Z. E. Latif, J. Šaltyte Benth, K. K. Solli et al. *JAMA Psychiatry*. 2019. № 76 (2). P. 127–134.

78. Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: fact or artifact? / R. Verheul, H. R. Kranzler, J. Poling et al. *J Stud Alcohol*. 2000. № 61. P. 101–110.

79. Ball J. C. Ross A. The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. New York : Springer, 1991.

80. Berridge K. C., Robinson T. E. Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *Am Psychol*. 2016. № 71 (8). P. 670–679.

81. Bird S. M., Fischbacher C. M., Graham L. Impact of opioid substitution therapy for Scotland's prisoners on drug-related deaths soon after prisoner release. *Addiction*. 2015. Vol. 110, № 10. P. 1617–1624.

82. Bourke A. M., Theobald R., Ahmedzai S. H. Variations in methadone prescribing and outcomes – A service evaluation in Sheffield and Chesterfield. *Clinical Supportive and Palliative Care*. 2014. № 4. P. 102.

83. Boyd C. J., Young A., McCabe S. E. Psychological and drug abuse symptoms associated with nonmedical use of opioid analgesics among adolescents. *Subst Abus*. 2014. № 35 (3). P. 284–289.

84. Brunette M. F., Mueser K. T. Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006. № 67 (7). P. 10–17.

85. Buprenorphine and buprenorphine/naloxone diversion, misuse, and illicit use: an international review / M. A. Yokell, N. D. Zaller, T. C. Green, J. D. Rich. *Current drug abuse reviews*. 2011. № 4 (1). P. 28–41.

86. Characteristics of heroin dependent patients admitted to a methadone treatment program / A. Sanvisens, I. Rivas, E. Faure et al. *Medicina Clinica*. 2013. № 142 (2). P. 53–58.

87. Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorder: 1-year follow-up / M. Mazza, L. Mandelli, N. M. Di et al. *J Affect Disord*. 2009. № 115. P. 27–35.

88. Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team: Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services / T. Weaver, P. Madden, V. Charles et al. *Br J Psychiatry*. 2003. № 183. P. 304–313.

89. Conner K. R., Piquart M., Duberstein P. R. Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUS). *Addiction*. 2008. № 103 (4). P. 524–534.

90. Cross-sectional study of the severity of self-reported depressive symptoms in heroin users who participate in a methadone maintenance treatment program / Y. Wu, S. Yan, Y. Bao et al. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2016. № 28. P. 35–41.

91. Darcq E., Kieffer B. L. Opioid receptors: drivers to addiction? *Nat Rev Neurosci*. 2018. № 19 (8). P. 499–514.

92. Davidson K. M.: Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. *Br J Psychiatry*. 1995. № 166. P. 199–204.

93. Deering D., Sellman J. D., Adamson S. Opioid substitution treatment in New Zealand: a 40 year perspective. *N Z Med J*. 2014. № 127 (1397). P. 57–66.

94. Depression among needle exchange and methadone maintenance clients / R. S. Brienza, M. D. Stein, M. H. Chen et al. *J Subst Abuse*. 2000. № 18 (9). P. 331–337.
95. Depression, suicidal ideation, and related factors of methadone maintenance treatment users in Guangzhou, China / X. Zhang, H. Xu, J. Gu et al. *AIDS Care*. 2016. № 28. P. 851–856.
96. Discriminating between substance-induced and independent depressive episodes in alcohol dependent patients / S. E. Ramsey, C. W. Kahler, J. P. Read et al. *Journal of Studies on Alcohol*. 2004. № 65 (5). P. 672–676.
97. Dole V. P., Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: a Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *JAMA*. 1965. № 193 (8). P. 646–650.
98. Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications / N. D. Volkow, J. S. Fowler, G. J. Wang, J. M. Swanson. *Mol Psychiatry*. 2004. № 9. P. 557–569.
99. Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths - United States, 2013-2017 / L. Scholl, P. Seth, M. Kariisa et al. *MMWR*. 2019. Vol. 67, № 51–52. P. 1419–1427.
100. Duncan L. G., Mendoza S., Hansen H. Buprenorphine Maintenance for Opioid Dependence in Public Sector Healthcare: Benefits and Barriers. *J Addict Med Ther Sci*. 2015. № 1 (2). P. 31–36.
101. Edwards S. Reinforcement principles for addiction medicine; from recreational drug use to psychiatric disorder. *Prog Brain Res*. 2016. № 223. P. 63–76.
102. Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users / M. Farrell, J. Marsden, R. Ling et al. Geneva : World Health Organization, 2005. 28 p.
103. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis / M. Torrens, F. Fonseca, G. Mateu, M. Farre. *Drug & Alcohol Dependence*. 2005. № 78. P. 1–22.

104. Elbogen E. B., Johnson S. C. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009. № 66. P. 152–161.
105. Fattore L., Diana M. Drug addiction: An affective-cognitive disorder in need of a cure. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016. № 65. P. 341–361.
106. Fergusson D. M., Horwood L. J., Lynskey M. T. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychol Med*. 1997. № 27. P. 371–381.
107. Frykholm B. Termination of the drug career. An interview study of 58 ex-addicts. *Acta Psychiatr Scand*. 1979. № 59 (4). P. 370–380.
108. Goldstein R. Z., Volkow N. D. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*. 2002. № 159. P. 1642–1652.
109. Gorodokin A. The structure and genesis of non-psychotic psychopathology in persons who undergo opioid substitution maintenance therapy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. № 9 (5). P. 617–624.
110. Gossop M. Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2001. № 62. P. 255–264.
111. Gossop M. The National Treatment Outcomes Research Study (NTORS) and its influence on addiction treatment policy in the United Kingdom. *Addiction*. 2015. № 110. P. 50–53.
112. Halliday R. Management of the Narcotic addict. *British Columbia Medical Journal*. 1963. № 5 (10). P. 412–414.
113. Hannesdottir H., Tyrfingsson T., Piha J. Psychosocial functioning and psychiatric comorbidity among substance-abusing Icelandic adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2001. № 55. P. 43–48.
114. Hasin D. S., Grant B. F. Diagnosing depressive disorders in patients with alcohol and drug problems: a comparison of the SADS-L and the DIS. *J Psychiatr Res*. 1987. № 21. P. 301–311.

115. Hasin D. S., Grant B. F. Psychiatric diagnosis of patients with substance abuse problems: a comparison of two procedures, the DIS and the SADS-L. Alcoholism, drug abuse/dependence, anxiety disorders and antisocial personality disorder. *J Psychiatr Res.* 1987. № 21. P. 7–22.

116. Havassy B. E., Alvidrez J., Owen K. K. Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. *Am J Psychiatry.* 2004. № 161. P. 139–145.

117. He R. H., Tao R. Drug Therapy. *Adv Exp Med Biol.* 2017. № 1010. P. 219–245.

118. Hepatitis C virus and HIV co-infection in people with severe mental illness and substance use disorders / S. D. Rosenberg, R. E. Drake, M. F. Brunette et al. *AIDS.* 2005. № 3. P. 26–33.

119. International Network on Hepatitis in Substance Users. Research priorities to achieve universal access to hepatitis C prevention, management and direct-acting antiviral treatment among people who inject drugs / J. Grebely, J. Bruneau, J. V. Lazarus et al. *Int J Drug Policy.* 2017. № 47. P. 51–60.

120. Kadden R. M., Kranzler H. R., Rounsaville B. J. Validity of the distinction between 'substance-induced' and 'independent' depression and anxiety disorders. *American Journal on Addictions.* 1995. № 4 (2). P. 107–117.

121. Kalivas P. W., Volkow N. D. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry.* 2005. № 162. № 1403–1413.

122. Kaye A. D., Vadivelu N., Urman R. D. Buprenorphine for Pain and Opioid Dependence. *Substance Abuse: Inpatient and Outpatient Management for Every Clinician* : ed by S. M. Silverman. New York : Springer Science+Business Media, 2015. P. 311–318.

123. Kaye A. D., Vadivelu N., Urman R. D. Opioid Pharmacology and Pharmacokinetics. *Substance Abuse: Inpatient and Outpatient Management for Every Clinician* : ed by A. M. Trescot. New York: Springer Science+Business Media, 2015. P. 45–62.

124. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS / P. Lawrinson et al. *Addiction*. 2008. № 103 (9). P. 1484–1492.

125. Kielland K. B., Amundsen E. J., Dalgard O. HCV treatment uptake in people who have injected drugs - observations in a large cohort that received addiction treatment 1970-1984. *Scand J Gastroenterol*. 2014. № 49 (12). P. 1465–1472.

126. Kim S. J., Marsch L. A., Hancock J. T. Scaling Up Research on Drug Abuse and Addiction Through Social Media Big Data. *Journal of medical Internet research*. 2017. № 19 (10). e353. URL: <https://doi.org/10.2196/jmir.6426>.

127. Kreek M. J., Vocci F. J. History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002. Vol. 23. P. 93–105.

128. Kuehn B. M. Methadone treatment marks 40 years. *JAMA*. 2005. № 294 (8). P. 887–889.

129. Langås A. M., Malt U. F., Opjordsmoen S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area--a clinical study. *BMC psychiatry*. 2011. № 11 (25). URL: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-25>.

130. Liu J. F., Li J. X. Drug addiction: a curable mental disorder? *Acta Pharmacol Sin*. 2018. № 39 (12). P. 1823–1829.

131. Markou A., Kosten T. R., Koob G. F. Neurobiological similarities in depression and drug dependence: a self-medication hypothesis. *Neuropsychopharmacology*. 1998. № 18. P. 135–174.

132. Marsh L. A. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*. 1998. № 93. P. 515–532.

133. McLellan A. T. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*. 2000. № 284 (13). P. 1689–1695.

134. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence / R. P. Mattick, C. Breen, J. Kimber, M. Davoli. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003. № 2. URL: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002209>.

135. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation / M. Connock, A. Juarez-Garcia, S. Jowett et al. *Health Technol Assess*. 2007. № 11 (9). P. 1-171.

136. Methadone dose in heroin-dependent patients: role of clinical factors, comedications, genetic polymorphisms and enzyme activity / S. Mouly, V. Bloch, K. Peoc'h et al. *Br J Clin Pharmacol*. 2015. № 79 (6). P. 967–977.

137. Mortality risk of opioid substitution therapy with methadone versus buprenorphine: a retrospective cohort study / J. Kimber, S. Larney, M. Hickman et al. *The Lancet Psychiatry*. 2015. Vol. 2, № 10. P. 901–908.

138. Nalaskowska M., Cierpiąłkowska L. Social and psychological functioning of opiate dependent patients in methadone maintenance treatment—longitudinal research report. *Alcoholism and Drug Addiction*. 2014. № 27 (3). P. 237–254.

139. Opioid Addiction, Genetic Susceptibility and Medical Treatments: A Review / S. C. Wang, Y. C. Chen, C. H. Lee, C. M. Cheng. *Int J Mol Sci*. 2019. № 20 (17). URL: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/17/4294/pdf>.

140. Opioid substitution therapy protects against hepatitis C virus acquisition in people who inject drugs: the HITS-c study / B. White, G. J. Dore, A. R. Lloyd et al. *Med. J. Aust*. 2014. № 201 (6). P. 326–329.

141. Ouzir M., Errami M. Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacol Biochem Behav*. 2016. № 148. P. 59–68.

142. Pattern of addiction and its relapse among habitual drug abusers in Lahore, Pakistan / S. Batool, I. Manzoor, S. Hassnain et al. *East Mediterr Health J*. 2017. № 23 (3). P. 168–172.

143. Perkins F. N., Freeman K. B. Pharmacotherapies for decreasing maladaptive choice in drug addiction: Targeting the behavior and the drug. *Pharmacol Biochem Behav.* 2018. № 164. P. 40–49.

144. Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination / E. E. McGinty, H. H. Goldman, B. Pescosolido, C. L. Barry. *Soc Sci Med.* 2015. № 126. P. 73–85.

145. Prevalence of psychiatric comorbidity and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program / M. Kidorf, E. R. Disney, V. L. King et al. *Drug Alcohol Depend.* 2004. № 74 (2). P. 115–122.

146. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / D. S. Hasin, F. S. Stinson, E. Ogburn, B. F. Grant. *Arch Gen Psychiatry.* 2007. № 64. P. 830–842.

147. Primary Care Physicians' Views about Prescribing Methadone to Treat Opioid Use Disorder / J. D. Livingston, E. Adams, M. Jordan et al. *Subst Use Misuse.* 2018. № 53 (2). P. 344–353.

148. Public Stigma Toward People With Drug Addiction: A Factorial Survey / S. Sattler, A. Escande, E. Racine, A. S. Göritz. *J Stud Alcohol Drugs.* 2017. № 78 (3). P. 415–425.

149. Pud D., Zlotnick C., Lawental E. Pain depression and sleep disorders among methadone maintenance treatment patients. *Addictive Behaviors.* 2012. № 37 (11). P. 1205–1210.

150. Rao S. R., Broome K. M., Simpson D. D. Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users. *Addiction.* 2004. № 99 (5). P. 579–589.

151. Results of a screening survey for co-morbid substance misuse amongst patients in treatment for psychotic disorders: prevalence and service needs in an inner London borough / T. Weaver, D. Rutter, P. Madden et al. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology.* 2001. № 36. P. 399–406.

152. Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study / C. L. Caton, P. E. Shrout, P. F. Eagle et al. *Am J Public Health*. 1994. № 84. P. 265–270.

153. Ryan S. A. Calculating the Real Costs of the Opioid Crisis. *Pediatrics*. 2018. № 141 (4). URL: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4129>.

154. Schaub M. Feasibility of buprenorphine maintenance therapy programs in the Ukraine: first promising treatment outcomes. *European Addiction Research*. 2009. № 15 (3). P. 157–162.

155. Substance use disorders among psychotic patients admitted to inpatient psychiatric care / V. Helseth, T. Lykke-Enger, J. Johnsen, H. Waal. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2009. № 63 (1). P. 72–77.

156. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention position paper. Geneva : World Health Organization, 2004. 36 p.

157. Sun W. L., Quizon P. M., Zhu J. Molecular Mechanism: ERK Signaling, Drug Addiction and Behavioral Effects. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2016. № 137. P. 1–40.

158. Survey of the depressive disorders prevalence and related risk factors among male new drug users in certain drug rehabilitation center of Changsha city / P. F. Zhang, X. Chen, J. S. Zhao, J. M. He. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2018. № 52 (7). P. 722–726.

159. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva : World Health Organization, 2009. 44 p.

160. The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study / L. Degenhardt, S. Larney, J. Kimber et al. *Addiction*. 2014. Vol. 109, № 8. P. 1306–1317.

161. The level of illicit drug use is related to symptoms and premorbid functioning in severe mental illness / P. A. Ringen, I. Melle, A. B. Birkenaes et al. *Acta Psychiatr Scand*. 2008. № 118. P. 297–304.

162. The spectrum of substance use in mood and anxiety disorder / A. Sbrana, J. V. Bizzarri, P. Rucci et al. *Compr Psychiatry*. 2005. № 46. P. 6–13.
163. Treatment of major depressive disorder and dysthymic disorder with antidepressants in patients with comorbid opiate use disorders enrolled in methadone maintenance therapy: A meta-analysis / P. Pedrelli, N. Iovieno, M. Vitali. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2011. № 31 (5). P. 582–586.
164. Underdiagnosis of bipolar disorder in men with substance use disorder / M. J. Albanese, R. C. Clodfelter, T. B. Pardo, S. N. Ghaemi. *Journal of Psychiatric Practice*. 2006. № 12. P. 124–127.
165. Volkow N. D. What do we know about drug addiction?. *Am J Psychiatry*. 2005. № 162. P. 1401–1402.
166. Volkow N. D., Boyle M. Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. *Am J Psychiatry*. 2018. № 175 (8). P. 729–740.
167. Volkow N. D., Fowler J. S., Wang G. J. Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans: results from imaging studies. *Behav Pharmacol*. 2002. № 13. P. 355–366.
168. Volkow N. D., Morales M. The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*. 2015. № 162 (4). P. 712–725.
169. Weinstein Z. M., Wakeman S. E., Nolan S. Inpatient Addiction Consult Service: Expertise for Hospitalized Patients with Complex Addiction Problems. *Med Clin North Am*. 2018. № 102 (4). P. 587–601.
170. Wise R. A. Brain reward circuitry: insights from unsensed incentives. *Neuron*. 2002. № 36. P. 229–240.
171. Withdrawal from methadone maintenance treatment: prognosis and participant perspectives / M. Lenne, N. Lintzeris, C. Breen et al. *Aust N Z J Public Health*. 2001. № 25 (2). P. 121–125.
172. Wolfe S., Carrieri M. P., Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV injection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*. 2010. № 376. P. 355–366.

173. Wu H., Gikas P. V., Connelly P. Methadone: history, pharmacology, physical effects and clinical implications. *International Journal of Medical and Biological Frontiers*. 2014. Vol. 20, № 4. P. 299–323.

174. Xu M., Zhu K., Guo J. Study on current status of attempted suicide and psychological rehabilitation among heroin addicts under community-based methadone maintenance treatment. *Chin J Drug Depend*. 2017. № 26. P. 210–213.

ДОДАТОК А1



 «ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з наукової роботи
 Харківського національного
 медичного університету
 професор В.В. М'ясоєдов
 « 16 » 12 2019 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Метод діагностики невротичних розладів у хворих, що перебувають на програмі замісної терапії залежності.
2. Ким і коли запропоновано: Городокін Антон Дмитрович, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України, 2018 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Городокін А. Д. Особливості внутрішньої структури коморбідної психопатологічної симптоматики у пацієнтів, які перебувають на програмах замісної терапії залежності. Медична психологія. 2018. № 2. С. 53–57.
4. Де та коли впроваджено: в науково-навчальний процес кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ.
5. Термін впровадження: з 2018 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження: впровадження у науково-навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень студентів та лікарів-курсантів циклів ТУ та ПАЦ, щодо сучасних методів діагностики невротичних станів у хворих, що страждають на адиктивну патологію.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження: Завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ доктор медичних наук, професор Г. М. Кожина.

16.12.2019
(дата)


(підпис)

ДОДАТОК А2


 «ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Проректор з наукової роботи
 Харківського національного
 медичного університету
 професор В.В. М'ясоєдов
 « 31 » 03 2020 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Система психотерапії коморбідних психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі замісної.
2. Ким запропоновано: Городокін Антон Дмитрович, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України, 2019 р.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Городокін А. Д. Система психотерапії коморбідних психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2019. № 1. С. 18–24.
4. Де та коли впроваджено: в науково-навчальний процес кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ.
5. Термін впровадження: з 2019 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження: впровадження у науково-навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень студентів та лікарів-курсантів циклів ТУ та ПАЦ, щодо підвищення якості терапії коморбідних психічних порушень невротичного рівня в осіб, які перебувають на програмі замісної терапії.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження: Завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ доктор медичних наук, професор Г. М. Кожина.

30.03.2020
(дата)


(підпис)

ДОДАТОК АЗ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної
роботи Львівського національного
медичного університету
ім. Данила Галицького МОЗ України
доктор біологічних наук, професор
Л. В. Магдьяваний
20 20 року



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Диференційно-діагностичні критерії невротичних проявів у хворих, що перебувають на програмі замісної терапії залежності.
2. Ким запропоновано: Городокін Антон Дмитрович, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Городокін А. Д. Особенности невротических проявлений у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости. Медицинская психология. 2018. №1. С. 47-50
4. Де та коли впроваджено. В педагогічний процес кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького МОЗ України.
5. Термін впровадження: з 2018 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження: Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ та ПАЦ щодо виявлення та диференціації різних варіантів клінічної симптоматики невротичного рівня у хворих, що перебувають на програмі замісної терапії залежності.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри психіатрії, психології та сексології
Львівського національного медичного університету
ім. Данила Галицького МОЗ України
д. мед. н., професор

Р. І. Білобривка

ДОДАТОК А4



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор
Запорізького державного
медичного університету
кандидат фарм. наук, доцент
М. О. Авраменко
« 20 » 04 20 20 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.)** Принципи психотерапевтичної корекції коморбідних психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії.
2. **Ким запропоновано:** Городокін Антон Дмитрович, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.)** – Городокін А. Д. Особливості внутрішньої структури коморбідної психопатологічної симптоматики у пацієнтів, які перебувають на програмах замісної терапії залежності. Медична психологія. 2018. № 2. С. 53–57.
4. **Де і коли введено** – кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.
5. **Результати застосування методу за період** – з 2018 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3)** – впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень студентів та лікарів-курсантів циклів ТУ та ПАЦ щодо корекції розладів неврозподібного спектру у осіб, що перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії залежності.
7. **Зауваження, пропозиції** – немає.

Відповідальний за впровадження:

Зав. кафедри психіатрії, психотерапії,
загальної та медичної психології,
наркології та сексології
д. мед. н., професор

В.В. Чугунов

ДОДАТОК А5

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник головного лікаря з медичної частини КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» ЗОР

 О. В. Панкратова
« 0 1 2 0 2 0 » 2020 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Метод психотерапевтичної корекції коморбідних психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії.

2. **Ким запропоновано:** Городокін Антон Дмитрович, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.

3. **Джерело інформації:** Городокін А. Д. Система психотерапії коморбідних психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії // Чоловіче здоров'я, геандерна та психосоматична медицина. 2019. №1. С. 18–24.

4. **Де і коли впроваджено:** В клініко-діагностичну, терапевтичну та лікувально-профілактичну роботу КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» Запорізької обласної ради.

5. **Термін впровадження:** 2019 р. – теперішній час.

6. **Ефективність впровадження:** Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів у галузі корекції розладів неврозоподібного спектру у осіб, що перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії залежності.

7. **Зауваження та пропозиції:** відсутні.

Відповідальний за впровадження
Заступник головного лікаря
з медичної частини КУ «ОКНД» ЗОР



підпис

ДОДАТОК Б
СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ НА ТЕМУ
ДИСЕРТАЦІЇ

1. Городокін А. Д. Особенности невротических проявлений у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости. *Медична психологія*. 2018. № 1. С. 47–50.

2. Городокін А. Д. Особливості внутрішньої структури коморбідної психопатологічної симптоматики у пацієнтів, які перебувають на програмах замісної терапії залежності. *Медична психологія*. 2018. № 2. С. 53–57.

3. Чугунов В. В. Городокін А. Д. The model of psychopathogenesis of nonpsychotic mental disorders in persons undergoing the programs of synthetic opioids substitution therapy. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 9. С. 58–63. (Автором самостійно проведено обстеження контингенту, обробку результатів та формування висновків дослідження).

4. Gorodokin A. The structure and genesis of non-psychotic psychopathology in persons who undergo opioid substitution maintenance therapy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. № 9 (5). P. 617–624.

5. Городокін А. Д. Особливості взаємозв'язків коморбідної психопатологічної симптоматики непсихотичного рівня, в осіб, які перебувають на програмах замісної терапії залежності синтетичними опіоїдами. *Медична психологія*. 2019. № 3. С. 85–89.

6. Городокін А. Д. Система психотерапії коморбідних психопатологічних порушень в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2019. № 1. С. 18–24.

7. Городокін А. Д. Феномен суперкомплаєнтности пациентов на программе заместительной терапии зависимости. *Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики* : тези V-й Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України з міжнародною участю. Харків, 16-17 березня, 2017. С. 183.

8. Городокін А. Д. Проблемы диагностики расстройств невротического спектра у лиц, пребывающих на программах заместительной терапии синтетическими опиоидами. *Сучасні аспекти медицини і фармації – 2017* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю, присвяч. Дню науки. Запоріжжя, 11-12 травня, 2017. С. 63–64.

9. Чугунов В. В., Городокін А. Д. Особенности невротических проявлений в суточном цикле наркотизации у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии опиоидной зависимости. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 50-річчю ЗДМУ. Запоріжжя, 18-25 квітня, 2018. С. 133.

10. Городокін А. Д. Внутрішня структура псевдоневротичних проявів у залежних осіб, що перебувають на програмі замісної терапії. *Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології* : зб. тез Міжвузівської конф. Харків, 28 лютого, 2019. С. 18–19.

11. Городокін А. Д. Структура псевдоневротичних проявів у осіб, які перебувають на програмі замісної підтримуючої терапії. *Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин»* : матер. ХІХ Української наук.-практ. конф. з міжнар. уч., присвяч. 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка. Харків, 9–10 квітня, 2019. С. 54–56.

12. Городокін А. Д. Внутрішня структура комплексу коморбідних психопатологічних порушень непсихотичного рівня в осіб, які перебувають на програмі замісної підтримувальної терапії. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019* : тези Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю, присвяч. Дню науки. Запоріжжя, 13-17 травня, 2019. С. 45.

ДОДАТОК В

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. V-й Національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України з міжнародною участю «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», м. Харків, 16–17 березня 2017 р.

2. Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена Дню науки «Сучасні аспекти медицини і фармації – 2017», м. Запоріжжя, 11–12 травня 2017 р.

3. Науковий симпозіум з міжнародною участю «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я», м. Запоріжжя, 3–4 жовтня 2018 р.

4. Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена 50-річчю ЗДМУ «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2018», м. Запоріжжя, 18–25 квітня 2018 р.

5. Міжвузівської конференція «Новітні досягнення психіатрії, неврології та медичної психології», м. Харків, 28 лютого 2019 р.

6. XIX Українська науково-практична конференція з міжнародною участю «Довженківські читання: «Когнітивні порушення при вживанні психоактивних речовин», присвяченої 101-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України Олександра Романовича Довженка», м. Харків, 9–10 квітня 2019 р.

7. Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю, присвячена Дню науки «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2019», м. Запоріжжя, 13–17 травня 2019 р.

8. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги», м. Харків, 15–16 травня 2019 р. (усна доповідь).