

*Н. М. Лісна, О. І. Мінко***ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА, СПРЯМОВАНА НА ВІДНОВЛЕННЯ  
КОГНІТИВНОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ ОСІБ З СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ***N. M. Lisna, O. I. Minko***PSYCHOCORRECTIVE PROGRAM AIMED AT RECOVERY OF COGNITIVE PRODUCTIVITY  
OF PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME**

**Ключові слова:** *алкогольна залежність, когнітивні порушення, реабілітація когнітивних функцій*

**Key words:** *alcohol dependence, cognitive disorders, rehabilitation of cognitive functions*

У статті наведено дані про ефективність розробленої авторами психокорекційної програми, спрямованої на поліпшення когнітивного функціонування осіб із синдромом алкогольної залежності на етапі активного протиалкогольного лікування. Психокорекційна програма розроблена в межах інтегративного психотерапевтичного підходу з включенням технік когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, арттерапії, а також мнемотехнічних вправ, що застосовують для розвитку короткочасної пам'яті, довільної уваги та абстрактного мислення. Показано, що застосування методик немедикаментозної корекції порушень пізнавальних функцій у хворих цієї категорії може сприяти відновленню нормативної когнітивної продуктивності, формуванню умов оптимізації терапевтичної взаємодії та підвищенню якості надання наркологічної допомоги.

The article presents data on the effectiveness of the psychocorrective program developed by the authors, aimed at improving the cognitive functioning of persons with alcohol dependence syndrome at the stage of active anti-alcohol treatment. The psychocorrective program is developed within the framework of an integrative psychotherapeutic approach, including the techniques of cognitive-behavioral therapy, body-oriented psychotherapy, art therapy, as well as mnemonic techniques used for the development of short-term memory, voluntary attention, and abstract thinking. It is shown that the use of methods of non-pharmacological correction of disorders of cognitive functions in patients of this category can contribute to the recovery of normative cognitive productivity, the formation of conditions for the optimization of therapeutic interaction, and the improvement of the quality of drug addiction treatment.

Актуальність цієї роботи визначається насамперед поширеністю та специфічністю когнітивних порушень у осіб з алкогольною залежністю, а також тим, що діагностиці та корекції розладів інтелектуально-мнестичної сфери у пацієнтів цієї категорії досі не приділяють належної уваги [1—3]. Незважаючи на те, що фактично на всіх етапах лікування у більшості хворих спостерігається зниження когнітивної продуктивності того чи іншого ступеня виразності, нейропсихологічне обстеження застосовують далеко не завжди, а для корекції когнітивного зниження, зазвичай, використовують виключно фармакотерапевтичний підхід, або це питання зовсім ігнорують.

Відповідно до різних досліджень, у 50—80 % пацієнтів з діагнозом алкогольна залежність є порушення когнітивних функцій помірного або вираженого ступеня, які в деяких випадках досягають деменції [1; 2]. Зазначимо, що тепер у DSM-5 замість терміна «деменція», який вважають застарілим, запроваджено поняття «нейрокогнітивні порушення». Проте, новіша МКХ-11 має розділ 6D84.0 «Деменція внаслідок вживання алкоголю», яка характеризується розвитком стійких когнітивних порушень у вигляді проблем з пам'яттю, порушень мовлення, нездатності виконувати складні рухові завдання, що відповідають критеріям деменції та вважаються прямим наслідком вживання алкоголю і збе-

рігаються за межами звичайної тривалості алкогольної інтоксикації або синдрому відміни [3]. Механізм формування зазначених нейрокогнітивних порушень при алкогольній залежності не є цілком вивченим, проте встановлено, що алкоголь, як чинник нейротоксичного впливу на мозок, сприяє виникненню широкого кола церебрально-судинних патологій та прозапальних ефектів, що у віддаленій перспективі призводить до збільшення когнітивного дефіциту [4; 5]. Методи структурної візуалізації незмінно показують, що у більшості осіб, залежних від алкоголю, мозок менший за розміром та менш щільний, ніж у осіб, які не вживають алкоголь [5]. Втрата об'єму мозку найбільш помітна у двох областях: у зовнішньому шарі лобової частки, який вважається основним центром вищих психічних функцій, та мозочку, який здебільшого відповідає за координацію рухів та рівновагу, а також за певні аспекти навчання [5].

Проте, дослідження останніх років показали, що тривале утримання від вживання алкоголю може призвести до поліпшення когнітивного функціонування та у багатьох випадках повернути пацієнта до норми протягом від трьох місяців до одного року, залежно від стажу захворювання та віку пацієнта [6—8]. Однак, слід брати до уваги, що наявні когнітивні порушення можуть знижувати комплаєнтність та ефективність лікування, а також поставити під загрозу прогноз утримання від алкоголю.

Тому є надзвичайно важливим проведення своєчасного нейропсихологічного обстеження, спрямованого на виявлення та оцінку типу та ступеня тяжкості когнітивних порушень, а також важливо розробити когнітивну реабілітаційну терапію, щоб пацієнт міг повною мірою скористатися лікуванням, запропонованим у наркологічних відділеннях.

Когнітивні функції (сприйняття, увага, мислення, уява, пам'ять, мовлення, координація рухів) належать до найскладніших пізнавальних механізмів, які дають змогу сприймати, відбирати, зберігати та відтворювати інформацію, отриману від зовнішніх стимулів. Інакше кажучи, за допомогою когнітивних функцій виконується процес раціонального пізнання реальності та забезпечується цілеспрямована взаємодія з нею. Регуляторна надбудова у вигляді мотиваційного залучення, вольового спонукання та виконавчого контролю забезпечують належну роботу когнітивного функціонування особистості.

Згідно з концепцією нейропластичності мозку, когнітивні функції є опосередкованими за своєю структурою, інтерактивними за умовами формування та мають здатність змінюватися під дією досвіду [8], що визначає можливість реабілітаційної роботи та мішені корекції когнітивних порушень.

Метою цього дослідження стали розроблення, апробація та оцінка ефективності психокорекційної програми, спрямованої на підвищення когнітивної продуктивності у осіб із алкогольною залежністю.

Для діагностики когнітивних порушень та оцінки ефективності програми когнітивного тренінгу використовували такі методики: шкала MMSE (Mini-mental State Examination) — для виявлення (скринінгу) ступеня та тяжкості когнітивних порушень [9]; тест «Змістовна пам'ять», спрямований на запам'ятовування не лише зовнішньої форми, а певного сенсу, котрий відбиває найважливіші властивості предмета чи явища, які вивчають [10]; методика «Виключення слів» для оцінки здатності до абстрактного мислення [11]; методика Мюнстерберга, спрямована на визначення вибірковості та концентрації уваги [12]; оцінка алкогольної анозогнозії для діагностики порушень усвідомлення алкогольної хвороби [13].

У дослідженні взяли участь 50 пацієнтів із синдромом алкогольної залежності, які проходили лікування у наркологічній клініці. Усі пацієнти були поділені на дві групи: I групу становили пацієнти ( $n = 20$ ), які отримували протиакогільне лікування за традиційною схемою, а до II групи увійшли хворі ( $n = 30$ ), які крім традиційної схеми лікування брали участь у психокорекційній програмі, спрямованій на підвищення когнітивної продуктивності (когнітивний тренінг).

Під час розроблення психокорекційної програми використовували мнемотехнічні вправи, які успішно практикуються при корекції пізнавальної сфери хворих із субдементними формами різних варіантів психоорганічного синдрому [14; 15].

Розроблене авторами психокорекційне втручання проводили у формі групового тренінгу. Оптимальна кількість учасників тренінгових груп становила 6—8 осіб. При формуванні групи зважали на виразність когнітивних порушень пацієнтів та водночас передбачали, що заняття одночасно могли відвідувати пацієнти з релевантним ступенем когнітивного зниження. Відвідування тренінгу передбачало також наявність у пацієнтів мотивації до зміни та подолання власних проблем, тому включення до групи не мало директивного характеру.

Психокорекційне втручання розроблено в межах інтегративного підходу із включенням методик та технік когнітивно-поведінкової психотерапії, тілесно-орієнтованої терапії та арттерапії. Зміст програми становили різноманітні мнемотехнічні вправи, створені задля розвитку та оптимізації вищих пізнавальних функцій (пам'яті, уваги, мислення).

Психокорекційні заняття проводив психолог (ведучий), який пропонував учасникам тренінгу, точно дотримуючи інструкції, виконувати те чи інше завдання. Підтримували ініціативу, дух змагання, творчий підхід та атмосферу гумору, що сприяло мотивації хворих до спілкування. Групову роботу організовували за принципом відкритого функціонування, що передбачало самодостатність та закінченість кожного заняття та давало можливість пацієнтам включатись у роботу групи на будь-якому етапі. Заняттям відводили час, вільний від фармакологічних та діагностичних процедур, що сприяло оптимізації режиму роботи наркологічного відділення та залученню пацієнтів до активної діяльності замість пасивного проведення дозвілля. Тривалість одного заняття становила 90 хвилин.

Програма психокорекційного тренінгу для хворих на алкогольну залежність була спрямована на виконання таких завдань:

- 1) корекція пам'яті за допомогою її інтеграції з іншими когнітивними функціями (сприйняттям, мисленням), з використанням відповідних мнемотехнічних вправ;
- 2) активізація процесів довільної уваги; тренування навичок переключення уваги;
- 3) розвиток навичок логічного мислення, що формують послідовність та гнучкість суджень та міркувань, а також здатність до прогнозування та планування;
- 4) розвиток образного мислення, що є обов'язковим ресурсом асоціативної пам'яті;
- 5) формування навичок соціально орієнтованої поведінки в умовах групової роботи та дозвілля;
- 6) формування мотиваційної установки на самостійну роботу з подолання когнітивних порушень поза клінікою.

Психокорекційна програма містить вісім модулів, кожен з яких має на меті виконання поставлених завдань і обов'язково включає вправи з розвитку та тренування основних когнітивних функцій — уваги, пам'яті, мислення, а також регуляторних процесів, але має і специфічні тактичні цілі (табл. 1).

Таблиця 1. Модулі програми психологічної корекції когнітивних порушень у осіб із синдромом алкогольної залежності

Ч. ч.	Модуль	Цілі модуля	Зміст модуля (теми розмов, назви технік та вправ)
1.	Діагностика когнітивних функцій та мотивація до тренінгу	1. Встановлення відносин партнерства, створення сприятливого клімату групи. 2. Конкретизація терапевтичних цілей тренінгу. 3. Розгляд симптомів когнітивного зниження як мішеней терапії.	Вправа № 1: «Знайомство». Розмова «Що таке когнітивні функції? Вплив алкоголю на когнітивну продуктивність». Тестування пам'яті, уваги, мислення та обговорення результатів.
2.	Тренування пам'яті та уваги	1. Відпрацювання на ігрових моделях мнемотехнічних вправ та технік концентрації уваги. 2. Тренування навички селекції та впорядкування інформації. 3. Обговорення проблем та способів їх подолання.	Вправа № 2: «Чорне — біле». Вправа № 3: «Хлоп-топ». Вправа № 4: «Античас». Вправа № 5: «Доброго дня, світ!» Вправа № 6: «Текст та лічбу» Вправа № 7: «Чоловічі — жіночі імена». Вправа № 8: «Друкарська машинка». Вправа № 9: «Опис малюнка». Рефлексія та зворотний зв'язок
3.	Розвиток комунікативної спрямованості мислення та здатності до співпраці	1. Введення взаємодії у парах на матеріалі попередніх занять. 2. Орієнтація на досягнення спільного результату. 3. Робота зі смислами та поняттями. 4. Обговорення проблем та способів їх подолання.	Вправа № 10: «Привітання». Вправа № 11: «Запам'ятовування пози». Вправа № 12: «Без чого не буває?» Вправа № 13: «Вигадник». Вправа № 14: «Подарунок».
4.	Тренінг сприйняття невербальної інформації	1. Навчання невербальної експресії та розпізнаванню емоцій з міміки та жестів. 2. Аналіз інформації про емоційний стан персонажів, обставини та деталі соціальних ситуацій на матеріалі картинок, фотографій. 3. Тренування логічної інтерпретації зібраної інформації. 4. Розвиток здатності до класифікації та кваліфікації різних міжособистісних ситуацій. 5. Обговорення проблем та способів їх подолання.	Вправа № 15: «Я прийшов сюди, щоб...» Вправа № 16: «Безпілотний світ-літак». Вправа № 17: «Малюнок частинами». Вправа № 18: «Автомат». Вправа № 19: «Процання — побажання».
5.	Розвиток мовної функції, комунікативних здібностей	1. Тренування точності відтворення отриманої вербальної інформації (переказ невеликого фрагмента тесту). 2. Тренування у складанні речень, питань та відповідей на задану тему. 3. Спільне інтерв'ювання одного чи двох членів групи на задану тему. 4. Обговорення проблем та способів їх подолання.	Вправа № 20: «Мені подобається, коли мене називають...» Вправа № 21: «Сліпий і поводитир» Вправа № 22: «Спільне малювання». Вправа № 23: «Розповідь сюжету з картинок». Вправа № 24: «Опис половинки». Вправа № 25: «Процання — добра порада».
6.	Тренінг виконавчих функцій, здатності до планування та прогнозування	1. Виявлення труднощів у повсякденному побуті та самообслуговуванні. 2. Розвиток навичок самостійності. 3. Виокремлення та обговорення реальних міжособистісних ситуацій, що викликають труднощі. 4. Обговорення можливих варіантів поведінки та діалогу у важких ситуаціях. 5. Проведення рольової гри, обговорення способів подолання труднощів.	Вправа № 26: «Я гордий за себе, коли...». Вправа № 27: «Дурна секретарка». Вправа № 28: «Зіпсований телефон». Вправа № 29: «Емоції картини». Вправа № 30: «Я — смілива людина». Вправа № 31: «Упорядкування оповідання». Вправа № 32: «Що було б, якби...».
7.	Навчання навичкам емоційної саморегуляції та розв'язання проблем	1. Розвиток навичок самоспостереження за допомогою щоденника для реєстрації ситуацій, пов'язаних із ними емоцій та думок. 2. Визначення причин, що впливають на настрій, відокремлення дисфункціональних переконань. 3. Розвиток навичок альтернативного мислення. 4. Визначення типових проблемних ситуацій, їх конкретизація та розчленування на дрібніші. 5. Виокремлення етапів розв'язання проблем та обговорення можливих способів їх подолання.	Вправа № 33: «Список емоцій». Вправа № 34: «Малювання емоцій». Вправа № 35: «Упорядкування оповідання». Вправа № 36: «Що сталось?». Вправа № 37: «Поспічувати товаришу». Вправа № 38: «Чому запізнився?». Вправа № 39: Рольова гра «Складна ситуація». Вправа № 40: «Допоможи собі сам». Вправа № 41: «Стигма». Вправа № 42: «Потиснемо один одному руки».
8.	Мотивування до продовження когнітивного тренінгу після закінчення лікування	1. Формування мотивів розвитку креативності та творчого підходу. 2. Підбиття підсумків тренінгу.	Вправа № 43: «Подібність між нами». Вправа № 44: «Міні-роман». Вправа № 45: «Комплімент». Вправа № 46: «Підбиття підсумків».

Результати оцінки ефективності проведеної психокорекційної роботи подано у таблицях 2—4.

Дані, отримані за допомогою короткого опитувальника MMSE, що використовують для виявлення можливих когнітивних порушень, свідчать (табл. 2), що пацієнти I та II груп на період першого дослідження (до лікування) були тотожні за основними показниками тесту, а саме: в обох групах переважали хворі з легкими або помірними когнітивними

порушеннями без ознак деменції. При повторному обстеженні (після лікування) хворі II групи, які брали участь у психокорекційному тренінгу, продемонстрували куди кращий результат: майже у третини пацієнтів цієї групи когнітивні порушення нівельовано (у 11 осіб, тобто 36,66 %), а у половини обстежених відзначали ознаки лише легких когнітивних порушень (17 осіб, тобто 56,66 %).

Таблиця 2. Результати діагностики когнітивних функцій за методикою «Коротка шкала оцінки психічного статусу» (Mini-Mental State Examination)

Показники	I група				II група			
	до лікування		після лікування		до лікування		після лікування	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Немає когнітивних порушень (29—30 балів)	0	0	0	0	0	0	11	36,66
Легкі когнітивні порушення (24—28 балів)	15	50,0	16	53,33	14	46,6	17	56,66
Помірні когнітивні порушення (20—23 бали)	8	26,66	10	30,0	7	23,33	2	6,66
Виражені когнітивні порушення (11—19 балів)	7	23,33	4	13,33	9	30,0	0	0
Тяжка деменція (0—10 балів)	0	0	0	0	0	0	0	0

Як свідчать динамічні показники, отримані за допомогою тестів «Виключення слів», «Змістовна пам'ять» та методики Мюнстерберга (табл. 3), на початковому етапі лікування у більшості обстежених обох груп діагностували достовірне зниження когнітивного функціонування як порівняти з нормативними значеннями, що виражалося істотним погіршенням процесів узагальнення, смислової (змістовної) пам'яті та уваги. Пацієнти демонстрували труднощі під час визначення головного змісту сприйнятого матеріалу, домінування безпосередніх уявлень про предмети та явища, при якому оперування узагальненими ознаками замінювалося вста-

новленням конкретних, несуттєвих, поверхневих зв'язків.

Однак, як свідчать дані повторного обстеження, у хворих II групи після участі в реабілітаційній програмі відзначалося помітне підвищення когнітивної продуктивності у вигляді поліпшення здатності до абстракції, концентрації уваги та семантичного запам'ятовування як порівняти з аналогічними показниками пацієнтів I групи ( $13,95 \pm 0,19$  проти  $10,82 \pm 0,89$  балів за тестом «Виключення слів»,  $18,11 \pm 1,17$  проти  $9,82 \pm 0,36$  балів за методикою Мюнстерберга та  $12,53 \pm 0,35$  проти  $7,18 \pm 0,50$  балів — за тестом «Змістовна пам'ять»).

Таблиця 3. Результати дослідження процесів мислення, пам'яті та уваги у хворих під час лікування (за тестами «Виключення слів», «Змістовна пам'ять» та методикою Мюнстерберга)

Тест, методика	Кількість балів за правильні відповіді			
	I група		II група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
«Виключення слів»	$9,82 \pm 0,96$	$10,82 \pm 0,89$	$9,89 \pm 0,48$	$13,95 \pm 0,19^{1)}$
«Змістовна пам'ять»	$5,73 \pm 0,45$	$7,18 \pm 0,50$	$6,21 \pm 0,55$	$12,53 \pm 0,35^{1)}$
Методика Мюнстерберга	$4,82 \pm 0,52$	$9,82 \pm 0,36$	$6,79 \pm 0,85$	$18,11 \pm 1,17^{1)}$

Примітка. Тут і далі середні значення подано у форматі ( $M \pm m$ ), бали; <sup>1)</sup> різниця серед обстежених I та II груп достовірна,  $p < 0,05$

Під час дослідження виразності алкогольної анозогнозії, яку вважають одним з елементів зниження самоусвідомлення та вагомим чинником виникнення рецидивів, отримано такі дані (табл. 4): хворі, які брали участь у психокорекційній програмі, продемонстрували достовірно більшу критичність до власного захворювання та меншу виразність проявів алкогольної анозогнозії на момент повторного дослідження, ніж ті хворі, які отримували лише традиційну форму терапії. Про це свідчать нижчі бали,

отримані у II групі як порівняти з I групою, відповідно до субшкали «Необізнаність» (яка маркує домінування спотворених уявлень про алкогольну залежність та приховане бажання повернутися до вживання алкоголю ( $36,54 \pm 2,23$  бали проти  $44,64 \pm 1,23$ )), а також до субшкали «Неприйняття діагнозу захворювання» (що характеризує недостатнє усвідомлення особливостей стану власного здоров'я та заперечення негативних особистісних змін ( $32,29 \pm 2,41$  бали проти  $36,09 \pm 2,31$ )).

Таблиця 4. Результати оцінки алкогольної анозогнозії

Критерій	I група		II група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Необізнаність	48,64 ± 2,23	44,64 ± 1,23	46,64 ± 2,23	36,54 ± 2,23 <sup>1)</sup>
Невизнання симптомів захворювання	45,73 ± 2,12	42,03 ± 2,22	45,73 ± 2,22	39,73 ± 2,22
Неприйняття діагнозу захворювання	46,29 ± 2,41	36,09 ± 2,31	46,29 ± 2,41	32,29 ± 2,41
Невизнання наслідків захворювання	81,24 ± 3,58	68,64 ± 3,54	81,24 ± 3,58	70,24 ± 3,58 <sup>1)</sup>
Емоційне неприйняття захворювання	79,81 ± 2,70	70,81 ± 2,50	79,81 ± 2,70	79,81 ± 2,70
Незгода з лікуванням	56,41 ± 1,86	50,41 ± 1,86	56,41 ± 1,86	56,41 ± 1,86
Неприйняття тверезості	117,05 ± 4,27	111,05 ± 4,27	117,05 ± 4,27	117,05 ± 4,27

Отже, результати проведеного аналізу дають змогу сформулювати такі висновки.

Ступінь ураження головного мозку внаслідок хронічної алкогольної інтоксикації призводить до розвитку клінічно різноманітних симптомів когнітивних порушень, які патогенетично пов'язані з істотним зниженням загальної пізнавальної активності, звуженням мотиваційного поля діяльності, що в довгостроковій перспективі знижує реабілітаційний потенціал хворих і сприяє виникненню рецидивів.

Водночас когнітивна реабілітація, в модель якої закладено принципи розвитку та корекції вищих психічних функцій (пам'яті, уваги, мислення) у хворих з синдромом алкогольної залежності на етапі активного протиалкогольного лікування, може сприяти розкриттю особистісних ресурсів пацієнтів та відновленню їх нормативної когнітивної продуктивності, що формує умови для оптимізації терапевтичного альянсу та підвищення ефективності лікування.

#### Список літератури

- Bernardin F. Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects / F. Bernardin, A. Maheut-Bosser, F. Paille // *Front Psychiatry*. 2014. Vol. 5. P. 78. DOI: 10.3389/fpsy.2014.00078.
- Devere R. The cognitive consequences of alcohol use. *Practical Neurology*. 2016. Vol. 10. P. 57—61. URL: <https://practicalneurology.com/articles/2016-oct/the-cognitive-consequences-of-alcohol-use>.
- МКХ-11. Розділ VI: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація / під загальною редакцією В. Д. Мішиєва. Київ, 2023. 285 с.
- Alcohol consumption, drinking patterns and cognitive function in older eastern adults / Horvat P., Richards M., Kubinova R. [et al.] // *Neurology*. 2015. Vol. 84. P. 287—295. DOI: 10.1212/WNL.0000000000001164.
- Structural brain differences in alcohol-dependent individuals with and without comorbid substance dependence / Mon A., Durazzo T. C., Abe C. [et al.] // *Drug Alcohol Depend*. 2014 Nov 1; Vol. 144. P. 170—177. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.09.010.
- Oscar-Berman M. Alcoholism and the Brain: an overview / Marlene Oscar-Berman, & Ksenija Marinkovic // *Alcohol research health*, 2003. Vol. 27. P. 125—133. PMID: 15303622.
- Stavro K. Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism; a meta-analysis / K. Stavro, J. Pelletier, S. Pot-

vin // *Addiction Biology*. 2013. Vol. 18. P. 203—213. DOI: 10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x.

8. Doidge N. *The Brain's Way of Healing: Remarkable Discoveries and Recoveries from the Frontiers of Neuroplasticity*. Hardcover, 2015. 424 p.

9. Folstein M. F. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // *Journal of psychiatric research*. 1975. Vol. 12, no. 3. P. 189—198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

10. Заика Е. В. Экспериментальные исследования памяти: Основные методики и результаты исследований. Харьков: Издательство «Гуманитарный центр», 2013. 396 с.

11. Методика «Виключення слів» для оцінки здатності до абстрактного мислення // Психодіагностичні методи дослідження мислення: методична розробка для підготовки до державного іспиту. URL: [https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/OSKI\\_metod-dosl\\_med-ps-2020.pdf](https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/OSKI_metod-dosl_med-ps-2020.pdf).

12. Дослідження вибірковості уваги (тест Мюнстерберга). URL: [http://ni.biz.ua/5/5\\_9/5\\_92015\\_issledovanie-izbiratelnostivnimanija-test-myunsterberga.html](http://ni.biz.ua/5/5_9/5_92015_issledovanie-izbiratelnostivnimanija-test-myunsterberga.html).

13. Fama, R. Introduction to the special section on alcohol: Review of cognitive, emotional, and neural deficits and recovery with sustained abstinence and treatment // *Neuropsychology*. 2019. 33(6). P. 757—759. DOI: 10.1037/neu0000588.

14. Technologies for Cognitive Training and Cognitive Rehabilitation for People With Mild Cognitive Impairment and Dementia. A Systematic Review / Irazoki E., Contreras-Somoza L. M., Toribio-Guzmán J. M. [et al.] // *Front. Psychol*. 09 April 2020. Vol. 11. P. 20—22. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00648.

15. Multidomain Cognitive Training Transfers to Attentional and Executive Functions in Healthy Older Adults / Gajewski P. D., Thönes S., Falkenstein M. [et al.] // *Front. Hum. Neurosci*. 2020 Nov 16; 14: 586963. DOI: 10.3389/fnhum.2020.586963.

#### References

- Bernardin F, Maheut-Bosser A, Paille F. Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects. *Front Psychiatry*. 2014 Jul 16;5:78. doi: 10.3389/fpsy.2014.00078. PMID: 25076914; PMCID: PMC4099962.
- Devere R. The cognitive consequences of alcohol use. *Practical Neurology*. 2016. Vol. 10. P. 57-61. <https://practicalneurology.com/articles/2016-oct/the-cognitive-consequences-of-alcohol-use>.
- МКХ-11. Розділ VI: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація [ICD-11. Chapter VI: Mental and behavioral disorders and disorders

of neuropsychological development. *Statistical classification*. V. D. Mishyev (editor). Kyiv, 2023. 285 s. (In Ukrainian).

4. Horvat P, Richards M, Kubinova R, Pajak A, Malyutina S, Shishkin S, Pikhart H, Peasey A, Marmot MG, Singh-Manoux A, Bobak M. Alcohol consumption, drinking patterns, and cognitive function in older Eastern European adults. *Neurology*. 2015 Jan 20;84(3):287-95. doi: 10.1212/WNL.0000000000001164. Epub 2014 Dec 12. PMID: 25503981; PMCID: PMC4335999.

5. Mon A, Durazzo TC, Abe C, Gazdzinski S, Pennington D, Schmidt T, Meyerhoff DJ. Structural brain differences in alcohol-dependent individuals with and without comorbid substance dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2014 Nov 1;144:170-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.09.010. Epub 2014 Sep 19. PMID: 25263262; PMCID: PMC4280666.

6. Oscar-Berman M, Marinkovic K. Alcoholism and the brain: an overview. *Alcohol Res Health*. 2003;27(2):125-33. PMID: 15303622; PMCID: PMC6668884.

7. Stavro K, Pelletier J, Potvin S. Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addict Biol*. 2013 Mar;18(2):203-13. doi: 10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x. Epub 2012 Jan 20. PMID: 22264351.

8. Doidge N. *The Brain's Way of Healing: Remarkable Discoveries and Recoveries from the Frontiers of Neuroplasticity*. Hardcover, 2015. 424 p.

9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. PMID: 1202204.

10. Zaika E.V. *Eksperimentalnyye issledovaniya pamyati: Osnovnyye metodiki i rezultaty issledovaniy [Experimental studies of memory: Main methods and results of the study]*. Kharkov : "Gumanitarnyy tsentr", 2013. 396 s. (In Russian).

11. Metodyka "Vykliuchennia sliv" dlia otsinky zdutnosti do abstraktnoho myslennia [The "Exclusion of words" technique for assessing the ability to think abstractly] // *Psykhodiahnostychni metody doslidzhennia myslennia : metodychna rozrobka dlia pidhotovky do derzhavnoho ispytu*. [https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/OSKI\\_metod-dosl\\_med-ps-2020.pdf](https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/OSKI_metod-dosl_med-ps-2020.pdf). (In Ukrainian).

12. *Doslidzhennia vybirkovosti uvahy (test Miunsterberha) [Study of the selectivity of attention (Münsterberg test)]*. [http://](http://ni.biz.ua/5/5_9/5_92015_issledovanie-izbiratelnosti-vnimaninya-test-myunsterberga.html)

[ni.biz.ua/5/5\\_9/5\\_92015\\_issledovanie-izbiratelnosti-vnimaninya-test-myunsterberga.html](http://ni.biz.ua/5/5_9/5_92015_issledovanie-izbiratelnosti-vnimaninya-test-myunsterberga.html). (In Ukrainian).

13. Fama R. Introduction to the special section on alcohol: Review of cognitive, emotional, and neural deficits and recovery with sustained abstinence and treatment. *Neuropsychology*. 2019 Sep;33(6):757-759. doi: 10.1037/neu0000588. PMID: 31448944.

14. Irazoki E, Contreras-Somoza LM, Toribio-Guzmán JM, Jenaro-Río C, van der Roest H, Franco-Martín MA. Technologies for Cognitive Training and Cognitive Rehabilitation for People With Mild Cognitive Impairment and Dementia. A Systematic Review. *Front Psychol*. 2020 Apr 9;11:648. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00648. PMID: 32373018; PMCID: PMC7179695.

15. Gajewski PD, Thönes S, Falkenstein M, Wascher E, Getzmann S. Multidomain Cognitive Training Transfers to Attentional and Executive Functions in Healthy Older Adults. *Front Hum Neurosci*. 2020 Nov 16;14:586963. doi: 10.3389/fnhum.2020.586963. PMID: 33304256; PMCID: PMC7701175.

Надійшла до редакції 28.06.2023

Відомості про авторів:

**ЛІСНА Наталія Миколаївна**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу\*; e-mail: n.n.lesnay@gmail.com

**МІНКО Олександр Іванович**, доктор медичних наук, професор, завідувач відділу\*; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

\* — відділ клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

**LISNA Natalia**, MD, PhD of Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department\*\*; e-mail: n.n.lesnay@gmail.com

**MINKO Oleksandr**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department\*\*; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

\*\* — Department of Clinical and Social Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine