



УДК 159.9.072:[616.89-008:615.214]

[https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-5\(45\)-2055-2065](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2025-5(45)-2055-2065)

Козира Петро Володимирович доцент кафедри практичної психології Навчально-наукового інституту управління, психології та безпеки, Львівський державний університет внутрішніх справ, м. Львів, тел: (096) 278-84-81, <https://orcid.org/0000-0002-3046-9841>

ОЦІНКА ПСИХОПАТОЛОГІЇ В ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

Анотація. У статті представлено теоретичний аналіз оцінки психопатології в осіб із залежністю від психоактивних речовин (далі – ПАР).

Встановлено, що особи з розладами, пов'язаними з вживанням ПАР, часто демонструють коморбідність із психічними захворюваннями. Висока поширеність супутніх психіатричних розладів підкреслює необхідність комплексного підходу, який включає ретельне психіатричне обстеження та оцінку ступеня залежності.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі сучасних методів оцінки психопатологічних симптомів у пацієнтів із розладами вживання психоактивних речовин.

Визначено, що психопатологія у таких пацієнтів може проявлятися як первинні психічні розлади, що передують вживанню ПАР, або як вторинні психіатричні симптоми, спровоковані інтоксикацією, хронічним вживанням або синдромом відміни. До найпоширеніших коморбідних станів належать розлади настрою, тривожні розлади, психотичні розлади, розлади особистості, а також підвищений ризик насильства та суїцидальної поведінки.

Оцінка психічного стану у пацієнтів із розладами вживання ПАР є складним процесом, оскільки інтоксикація та абстиненція можуть маскувати або погіршувати прояви психіатричних розладів. Сучасні клінічні підходи до оцінки включають використання стандартизованих психодіагностичних методів, психометричних тестів та поведінкових оцінок. Найпоширенішими інструментами є: структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-5 (SCID-5), міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю (MINI), психіатричне дослідницьке інтерв'ю для субстанцій і психічних розладів (PRISM-IV), шкала депресії Бека (BDI), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Міннесотський багатофазний особистісний опитувальник (MMPI), глобальна оцінка індивідуальних потреб (GAIN-SS) та скринінговий тест CRAFFT.

Попри розвиненість методів оцінки, існує низка викликів у діагностиці психічних розладів у пацієнтів із розладами вживання психоактивних речовин. Основними труднощами є складність диференціальної діагностики через





симптоматичне накладання, недостатня чутливість скринінгових інструментів до ранніх стадій коморбідних розладів, стигматизація пацієнтів, що може перешкоджати їх відкритості під час оцінки, а також соціокультурні фактори, що впливають на суб'єктивне сприйняття психічного здоров'я та залежності.

Ключові слова: психопатологія, залежність, розлад, психоактивні речовини, оцінка.

Kozyra Petro Volodymyrovych Associate Professor of the Department of Practical Psychology of the Educational and Scientific Institute of Management, Psychology and Security of the Lviv State University of Internal Affairs, tel.: (096) 278-84-81, <https://orcid.org/0000-0002-3046-9841>

ASSESSMENT OF PSYCHOPATHOLOGY IN PEOPLE WITH SUBSTANCE USE DISORDERS

Abstract. The article presents a theoretical analysis of the assessment of psychopathology in individuals with substance use disorders.

It has been established that individuals with substance use disorders often demonstrate extremely high comorbidity with mental illness. The high prevalence of comorbid psychiatric disorders emphasizes the need for a comprehensive approach that includes a thorough psychiatric examination and assessment of the degree of dependence.

The purpose of the article is to theoretically analyze modern methods of assessing psychopathological symptoms in patients with substance use disorders.

It has been determined that psychopathology in such patients can manifest itself as primary mental disorders preceding the use of substances or as secondary psychiatric symptoms provoked by intoxication, chronic use or withdrawal symptoms. The most common comorbid conditions include mood disorders, anxiety disorders, psychotic disorders, personality disorders, and an increased risk of violence and suicidal behavior.

Assessment of the mental state in patients with substance use disorders is a complex process, as intoxication and withdrawal can mask or worsen the manifestations of psychiatric disorders. Current clinical approaches to assessment include the use of standardized psychodiagnostic methods, psychometric tests, and behavioral assessments. The most common tools are: Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV), Beck Depression Inventory (BDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Global Assessment of Individual Needs (GAIN-SS), CRAFFT screening test.

Despite the development of assessment methods, there are a number of challenges in diagnosing mental disorders in patients with SUD. The main



difficulties are the complexity of differential diagnosis due to symptomatic overlap, insufficient sensitivity of screening tools to the early stages of comorbid disorders, stigmatization of patients, which can prevent their openness during the assessment, as well as sociocultural factors that affect the subjective perception of mental health and addiction.

Keywords: psychopathology, addiction, disorder, psychoactive substances, assessment.

Постановка проблеми. Розлади, пов'язані із вживанням ПАР, є однією з найгостріших проблем сучасної психіатрії та наркології. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у 2021 році понад 296 мільйонів людей у всьому світі вживали наркотики, що на 23% більше, ніж за останнє десятиліття [1, С. 110].

Особи з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, часто демонструють надзвичайно високу коморбідність із психічними захворюваннями. Особливо з тривожними розладами, порушеннями контролю імпульсів та розладами настрою, такими як депресія та біполярний афективний розлад [2, С. 9]. За статистичними даними, близько 60% осіб, які проходять лікування від залежності, мають супутню психопатологію [3, С. 1486].

Взаємозв'язок між вживанням ПАР і розвитком психопатології є двостороннім: з одного боку, психічні розлади можуть сприяти формуванню залежності як способу самолікування, з іншого — тривале вживання ПАР призводить до змін у центральній нервовій системі, що провокує розвиток або загострення психічних порушень.

Крім того, серед психічно хворих осіб розлади, пов'язані з вживанням ПАР, зустрічаються у 20–40% випадків [4, С. 223]. Такі високі показники коморбідності підкреслюють необхідність ретельного психіатричного обстеження разом із оцінкою ступеня залежності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед провідних дослідників, які вивчали коморбідності залежності та психічних розладів потрібно відмітити: В. Arranz [1], R. C. Kessler [2], К. Т. Brady [3], L. A. Warner [4], E. Pender [5], Р. Chen [7] та інших. Їхні дослідження охоплюють широкий спектр аспектів оцінки коморбідності, проте залишаються невирішені питання, які потребують подальших досліджень.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі сучасних методів оцінки психопатологічних симптомів у пацієнтів із розладами вживання психоактивних речовин.

Виклад основного матеріалу. Розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, визначається як хронічне та прогресуюче порушення, що характеризується неконтрольованим вживанням речовин, яке завдає шкоди фізичному, психічному здоров'ю та соціальному функціонуванню людини. За даними Центрів з контролю та профілактики захворювань, у 2020 році опіоїди



були причетні до 75% із майже 92 000 смертей від передозування наркотиками [5, С. 13].

Вживання ПАР та поширеність залежності значно відрізняються залежно від статі, раси, етнічної приналежності та сексуальної орієнтації. Дослідження показують, що в ранньому підлітковому віці дівчата частіше вживають психоактивні речовини, ніж хлопці. Однак у пізньому підлітковому віці та молодому дорослому віці чоловіки перевищують жінок за рівнем вживання психоактивних речовин [7, С. 161]. Серед тих, у кого діагностовано розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, частіше зустрічаються певні супутні захворювання.

Психопатологія часто проявляється або як первинні психіатричні розлади (попередні стани, які можуть схилити людей до вживання ПАР), або як вторинні психіатричні симптоми, викликані психоактивними речовинами, які виникають як наслідок хронічного вживання ПАР, інтоксикації або абстиненції. Вживання психоактивних речовин у таких пацієнтів може мати неоднозначний ефект: у деяких випадках воно погіршує психіатричні симптоми, а в інших – тимчасово їх зменшує, створюючи ілюзію полегшення. До найбільш поширених коморбідних психіатричних станів належать:

- Розлади настрою. Зокрема депресія і біполярний розлад, є одними з найбільш поширених психіатричних коморбідностей серед осіб із залежністю. За даними систематичних оглядів, поширеність депресії серед хворих коливається від 20% до 67%, залежно від типу вживаних речовин, тривалості залежності та індивідуальних психосоціальних факторів [8, С. 329]. Натомість, показники поширеності протягом життя в популяції біполярного розладу досягають 60%. Це пояснюється тим, що алкоголь та опіати часто використовуються, як засіб самолікування депресивних симптомів, що призводить до погіршення психічного стану та розвитку стійкої залежності [3, С. 1485].

- Тривожні розлади. Особливо поширеними є генералізований тривожний розлад (ГТР) і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Встановлено, що поширеність посттравматичних стресових розладів серед осіб із пострадянського простору коливається від 36% до понад 50%, особливо серед популяцій, які зазнали травматичних переживань [9, С. 188]. Тривожні розлади можуть спровокувати вживання психоактивних речовин як механізм подолання, а відміна психоактивних речовин може посилити симптоми тривоги, що супроводжується панікою та підвищеною збудливістю.

- Психотичні розлади, такі як шизофренія та психози, часто виникають разом із розладами, пов'язаними зі зловживанням ПАР. Це можна пояснити тим, що зловживання психостимуляторами (наприклад, метамфетаміном, кокаїном) може провокувати розвиток індукованих психозів, що супроводжуються параноїдальними ідеями, галюцинаціями та дезорганізованою поведінкою. Близько 47% осіб із шизофренією пережили на певному етапі розлад, пов'язаний із зловживанням психоактивними речовинами, що пов'язано з порушенням дофамінергічної системи мозку [1, С. 126].



- Розлади особистості. Антисоціальні та межові розлади особистості, зазвичай співіснують із залежністю. Встановлено, що люди з антисоціальним розладом особистості мають орієнтовно в 13 разів більший шанс розвитку розладу вживання психоактивних речовин порівняно з особами без цього розладу. Подібним чином, межовий розлад особистості характеризується емоційною дисрегуляцією, імпульсивністю, нестабільними стосунками та поведінкою високого ризику, що може погіршити моделі вживання психоактивних речовин. Особи з супутніми розладами особистості часто мають гіршу участь у лікуванні, вищий рівень рецидивів [10, С. 1165].

- Насильство та суїцидальна поведінка. У пацієнтів із розладами вживання ПАР розлади часто проявляються через агресію як до оточуючих, так і до себе. Високий рівень імпульсивності, гнів, руйнування предметів та конфліктність є характерними рисами таких осіб, що нерідко поєднується з ризикованою та саморуйнівною поведінкою. Часто вони схильні до суїцидальних думок, а також демонструють порушену регуляцію емоцій, що сприяє ворожості, соціальним конфліктам та загальному деструктивному стилю поведінки. В основі цих проявів лежать нейробіологічні фактори, зокрема дисфункція прифронтальної кори та лімбічної системи, які відповідають за самоконтроль та емоційну регуляцію. Крім того, додатковими факторами ризику є антисоціальні риси особистості, відсутність стратегій управління агресією та вплив наркотичних речовин на когнітивні функції, що призводить до зниження здатності до раціональної оцінки ситуацій та контролю поведінкових імпульсів [11, С. 32].

Дослідження свідчать, що близько 60% підлітків, які проходять лікування від залежності, відповідають діагностичним критеріям одного або кількох супутніх психічних розладів. Найчастіше, вживання психоактивних речовин зустрічається серед підлітків із попередніми тривожними розладами, такими як генералізований тривожний розлад, панічний розлад та посттравматичний стресовий розлад. Зокрема, до 50% осіб із ПТСР мають розлад вживання ПАР, оскільки вони використовують наркотичні речовини як механізм самолікування для зменшення симптомів гіперактивної реакції на стрес, нав'язливих спогадів та порушень сну. Також високий рівень коморбідності спостерігається серед осіб із розладами поведінки, зокрема синдромом розладу дефіциту уваги з гіперактивністю [2, С. 13].

Зв'язок між вживанням психоактивних речовин (зловживанням або залежністю) і психічними захворюваннями є багатофакторним. З теоретичної точки зору можна висунути наступні можливі пояснення. По-перше, як зазначалося вище психічні розлади можуть бути пусковим механізмом для розвитку залежності, оскільки особи з депресією, тривожними розладами або психотичними симптомами часто звертаються до ПАР, як до засобу самолікування. Наприклад, особи з ПТСР у двічі більшій мірі схильні до розвитку залежності, оскільки вживання психоактивних речовин допомагає їм



справлятися з флешбеками та порушенням сну. По-друге, сама залежність від ПАР може спричиняти вторинні психічні розлади, оскільки тривале вживання наркотиків і алкоголю змінює нейрохімічні процеси в мозку. А, саме хронічне вживання стимуляторів (кокаїну, амфетамінів) призводить до виснаження дофамінергічної системи, що може спричиняти анедонію та клінічну депресію навіть після припинення вживання. По-третє, і психічні розлади, і залежність можуть мати спільні нейробіологічні, генетичні та соціальні фактори ризику. Окрім того, хронічний стрес у дитинстві, травматичний досвід, соціальна нестабільність та інші фактори раннього розвитку можуть одночасно сприяти як розвитку психічних порушень, так і ризику зловживання психоактивними речовинами.

Оцінка вживання ПАР у осіб із супутніми психічними розладами є складним процесом, оскільки симптоми інтоксикації або абстиненції можуть імітувати або посилювати прояви психічних порушень. Сучасні клінічні підходи включають використання структурованих діагностичних інструментів, психометричних тестів та поведінкових оцінок. Вони дозволяють отримати об'єктивну картину стану пацієнта, визначити коморбідні розлади та розробити оптимальний план лікування, тому розглянемо їх детальніше.

Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-5 (SCID-5) – це стандартизований психодіагностичний інструмент, який використовується для діагностики психічних розладів відповідно до DSM-5, включаючи коморбідні психічні порушення, пов'язані з вживанням психоактивних речовин. SCID-5 є напівструктурованим інтерв'ю з модульною структурою, що охоплює розлади настрою, тривожні розлади, психотичні розлади, залежність від психоактивних речовин та розлади особистості. Завдяки високій чутливості та специфічності, цей метод дозволяє диференціювати первинні психічні розлади від вторинних симптомів, спричинених інтоксикацією чи абстиненцією, а також оцінити медичні, соціальні та поведінкові фактори, що впливають на перебіг розладу [12, С. 179].

Міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю (MINI) – це короткий структурований діагностичний інструмент, який використовується для оцінки психічних розладів у клінічних та дослідницьких умовах. MINI розроблено для швидкого виявлення основних психіатричних діагнозів відповідно до критеріїв DSM-5 і МКХ-10, зокрема афективних, тривожних, психотичних розладів, а також розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Його перевага полягає у швидкості проведення – середній час інтерв'ю становить 15–20 хвилин, що робить його ефективним інструментом для первинного скринінгу у пацієнтів із коморбідними розладами [13, С. 89].

Психіатричне дослідницьке інтерв'ю для субстанцій і психічних розладів (PRISM-IV) – напівструктурований інструмент, призначений для диференціювання первинних психіатричних розладів від розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин. PRISM-IV має високу надійність у



діагностиці залежностей, депресії, тривожних розладів і психотичних симптомів, що робить його цінним інструментом для оцінки коморбідної патології у пацієнтів із розладами вживання ПАР [14, С. 893]. Додатково PRISM-IV дозволяє визначати вік початку залежності, оцінювати тяжкість симптомів та встановлювати, чи психіатричні порушення передували початку вживання ПАР або виникли як його наслідок. Це забезпечує більш точну діагностику і допомагає розробити ефективні стратегії лікування, що враховують як психічний стан пацієнта, так і характер його залежності.

Шкала депресії Бека (BDI) – один із найбільш поширених інструментів для оцінки рівня депресії, зокрема у пацієнтів із залежністю. Оскільки депресивні стани часто супроводжують розлади, пов'язані з вживанням ПАР, використання BDI дозволяє визначити інтенсивність депресивних симптомів та їхній вплив на загальний стан пацієнта. Шкала включає 21 пункт, що оцінюють чотири основні аспекти депресії:

- Когнітивний компонент (негативні думки про себе, почуття провини, песимізм);
- Емоційний компонент (почуття пригніченості, дратівливість, плаксивість);
- Соматичні симптоми (втома, порушення сну, втрата апетиту);
- Мотиваційний компонент (втрата інтересу до діяльності, зниження енергії, суїцидальні думки).

Завдяки високій чутливості та специфічності, BDI використовується не лише для початкової діагностики депресивних станів, але й для моніторингу ефективності лікування, особливо в терапії осіб із коморбідною залежністю. Цей інструмент допомагає виявляти динаміку психічного стану пацієнта, що дозволяє коригувати терапевтичні стратегії відповідно до змін у вираженості депресивних симптомів [15, С. 187].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) – це швидкий та надійний інструмент для оцінки рівня тривожності та депресії у пацієнтів із залежністю, що широко використовується в амбулаторній та стаціонарній практиці. Структура HADS складається з 14 питань, що розподілені на дві підшкали:

- HADS-A (Anxiety) – оцінює рівень тривожності, включаючи почуття занепокоєння, нервозність, страх, напругу.
- HADS-D (Depression) – вимірює рівень депресії, зосереджуючись на зниженні мотивації, втраті інтересу, апатії, почутті безнадійності.

Ця шкала допомагає клініцистам швидко виявити емоційні порушення у пацієнтів із розладами вживання психоактивних речовин та адаптувати відповідну терапію. Ключовою перевагою HADS є відсутність у її структурі соматичних питань, що дозволяє уникнути впливу фізичних симптомів (наприклад, хронічної втоми, головного болю, порушення сну), які можуть маскувати або спотворювати реальний рівень тривоги і депресії [8, С. 329].

Опитувальник MMPI (Міннесотський багатофазний особистісний опитувальник) – це один із найпоширеніших та надійних інструментів для



комплексного аналізу особистості, який використовується у клінічній психології та психіатрії. Він дозволяє виявити схильність до залежності, емоційну нестабільність та коморбідні психічні розлади, що часто супроводжують розлади вживання ПАР.

ММРІ складається з понад 500 тверджень, які оцінюють різні аспекти психічного здоров'я та особистості. Опитувальник містить декілька клінічних шкал, зокрема:

- Шкала депресії (виявляє симптоми зниженого настрою, апатії, песимізму);
- Шкала тривожності (оцінює рівень занепокоєння, напруги, нервозності);
- Шкала соціальної дезадаптації (допомагає виявити труднощі у міжособистісній взаємодії, відчуженість);
- Шкала антисоціальної поведінки (аналізує імпульсивність, агресивність, порушення соціальних норм).

Одна з ключових переваг ММРІ – це можливість диференціювати первинні психіатричні розлади від порушень, пов'язаних із залежністю, що є особливо важливим для складання персоналізованого плану лікування [12, С. 65].

Глобальна оцінка індивідуальних потреб (GAIN-SS) - це стандартизований скринінговий інструмент, який охоплює чотири основні сфери психічного здоров'я: внутрішні розлади (депресія, тривожність, суїцидальні думки), зовнішні розлади (імпульсивність, агресивна поведінка), проблеми, пов'язані з вживанням ПАР, а також злочинну поведінку. Завдяки своїй структурі цей інструмент дозволяє швидко ідентифікувати пацієнтів із високим ризиком коморбідних психічних порушень, що можуть ускладнювати перебіг залежності та впливати на ефективність лікування.

Основною перевагою GAIN-SS є його універсальність і простота використання: опитувальник містить мінімальну кількість запитань і може бути застосований у різних клінічних умовах, зокрема в реабілітаційних центрах, амбулаторних і стаціонарних відділеннях психіатрії, наркологічних службах та дослідницьких установах. Інструмент також дозволяє оцінити ступінь тяжкості симптомів, що є важливим для моніторингу стану пацієнта протягом усього процесу лікування [5, С. 22].

CRAFT – це стандартизований скринінговий тест, основна мета якого полягає у виявленні ризикованої поведінки, пов'язаної з вживанням алкоголю, наркотиків або інших речовин, а також визначення потенційних негативних наслідків. Тест є одним із найбільш ефективних та широко використовуваних інструментів у педіатричній та підлітковій медицині завдяки своїй простоті, швидкості проведення та високій діагностичній чутливості. Інструмент складається з шести запитань, назва яких є акронімом ключових поведінкових



факторів ризику: CRAFFT складається з шести запитань, кожне з яких відображає ключові поведінкові фактори ризику:

- Car (Автомобіль) – керування авто після вживання ПАР або перебування в машині з водієм, що знаходиться під впливом;
- Relax (Розслаблення) – вживання речовин для зняття стресу або розслаблення;
- Alone (Наодинці) – вживання ПАР у самотності;
- Friends/Family (Друзі/Сім'я) – зауваження від близьких про необхідність зменшення вживання;
- Forget (Забуття) – випадки втрати пам'яті після вживання;
- Trouble (Неприємності) – потрапляння у проблемні ситуації через вживання ПАР.

Проходження тесту займає кілька хвилин, що робить його зручним для використання в умовах первинної медичної допомоги, шкільних медичних служб та реабілітаційних центрів. Якщо підліток дає позитивну відповідь на два або більше запитань, це вказує на необхідність подальшої діагностики, оцінки рівня залежності та консультації зі спеціалістом [16, С. 71].

Оцінка психопатології у пацієнтів із розладами вживання ПАР стикається з низкою викликів, які можуть впливати на точність діагнозу та ефективність лікування, а саме:

- Симптоми інтоксикації, абстиненції та психічних розладів можуть перетинатися, що ускладнює диференціальну діагностику [3, С. 1491]. Наприклад, тривожні симптоми можуть бути частиною синдрому відміни або самостійним психіатричним розладом, тому потребуватиме іншого підходу до терапії;

- Більшість скринінгових та діагностичних інструментів орієнтовані на виявлення залежності, проте вони не завжди враховують специфічні психіатричні симптоми. Деякі інструменти, як-от SCID-5 або PRISM-IV, дозволяють диференціювати первинні психічні розлади від вторинних станів, спричинених вживанням ПАР, але вони потребують високої кваліфікації спеціалістів і значних витрат часу [14, С. 896];

- Пацієнти, які зловживають психоактивними речовинами, часто занижують частоту вживання або не визнають наявності психіатричних симптомів через страх стигматизації або втрати соціального статусу;

- Інтоксикація психоактивними речовинами або абстиненція може тимчасово посилювати психопатологічні симптоми, що призводить до хибнопозитивних діагнозів. Наприклад, психотичні симптоми після вживання стимуляторів можуть бути помилково прийняті за шизофренію, що може призвести до неправильної медикаментозної терапії [1, С. 117].

Висновки. Розлади вживання психоактивних речовин часто супроводжуються коморбідними психічними розладами, зокрема депресією, тривожними розладами, психозами та розладами особистості. Взаємозв'язок між



цими станами є двостороннім: з одного боку, психічні розлади можуть провокувати розвиток залежності як засобу самолікування, а з іншого — тривале вживання ПАР викликає нейробиологічні зміни, що сприяють загостренню або появі психічних порушень. Для точного оцінювання психічного стану пацієнтів використовуються різноманітні діагностичні інструменти, які забезпечують високу чутливість і специфічність, однак вимагають значного часу та участі кваліфікованого персоналу. Крім того, діагностика ускладнюється тим, що пацієнти можуть недооцінювати власні симптоми через низьку обізнаність або страх стигматизації, а соціальні фактори можуть впливати на їхнє рішення звернутися по допомогу.

Література:

1. Arranz B., Garriga M., San L. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with schizophrenia spectrum disorders and a comorbid substance use. *Adicciones*. 2022. Vol. 34, № 2. P. 110-127.
2. Kessler R. C., McGonagle K. A., Kendler K. S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994. Vol. 51, № 1. P. 8-19.
3. Brady K. T., Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162, № 8. P. 1483-1493.
4. Warner L. A., Kessler R. C., Nelson C. B. Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1995. Vol. 52, № 3. P. 219-229.
5. Pender E., Kostak L., Daughters S. Resources for the assessment and treatment of substance use disorder in adolescents. *WikiJournal of Medicine*. 2023. Vol. 10, № 1. P. 1-25.
7. Chen P., Jacobson K. C. Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: Gender and racial/ethnic differences. *Journal of adolescent health*. 2012. Vol. 50, № 2. P. 154-163.
8. Hunt G. E., Malhi G. S., Sitharthan T. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2016. № 206. P. 321-330.
9. Petrakis I. L., Rosenheck R., Desai R. Substance use comorbidity among veterans with posttraumatic stress disorder and other psychiatric illness. *The American journal on addictions*. 2011. Vol. 20, № 3. P. 185-189.
10. Goldstein R. B., Chou S. P., Grant B. F. The epidemiology of antisocial behavioral syndromes in adulthood: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III. *The Journal of clinical psychiatry*. 2017. Vol. 78, № 1. P. 1165.
11. Bacciardi S., Maremmani A. G. I., Maremmani I. Drug (heroin) addiction, bipolar spectrum and impulse control disorders. *Heroin Addict Relat Clin Probl*. 2013. Vol. 15, № 2. P. 29-36.
12. Williams M. M. 40 Diagnostic Interviews for Assessment of Mental. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. 2019. № 74. P. 179.
13. Shytle R. D., Silver A. A., Sanberg P. R. Neuronal nicotinic receptor inhibition for treating mood disorders preliminary controlled evidence with mecamylamine. *Depression and anxiety*. 2002. Vol. 16, № 3. P. 89-92.
14. Hasin D. S., Grant B. F. The Co-occurrence of DSM-IV Alcohol Abuse in DSM-IV Alcohol Dependence: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on Heterogeneity That Differ by Population Subgroup. *Archives of General Psychiatry*. 2004. Vol. 61, № 9. P. 891-896.





15. Steer R. A., Clark D. A., Ranieri W. F. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. *Behaviour research and therapy*. 1999. Vol. 37, № 2. P. 183-190.

16. Knight J. R., Sherritt L., Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and experimental research*. 2003. Vol. 27, № 1. P. 67-73.

References:

1. Arranz, B., Garriga, M., & San, L. (2022). Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with schizophrenia spectrum disorders and a comorbid substance use. *Adicciones*, 34(2), 110-127 [in English].

2. Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19 [in English].

3. Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1483-1493.

4. Warner, L. A., Kessler, R. C., & Nelson, C. B. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(3), 219-229 [in English].

5. Pender, E., Kostak, L., & Daughters, S. (2023). Resources for the assessment and treatment of substance use disorder in adolescents. *WikiJournal of Medicine*, 10(1), 1-25 [in English].

7. Chen, P., & Jacobson, K. C. (2012). Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: Gender and racial/ethnic differences. *Journal of adolescent health*, 50(2), 154-163 [in English].

8. Hunt, G. E., Malhi, G. S., & Sitharthan, T. (2016). Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 206, 321-330 [in English].

9. Petrakis, I. L., Rosenheck, R., & Desai, R. (2011). Substance use comorbidity among veterans with posttraumatic stress disorder and other psychiatric illness. *The American journal on addictions*, 20(3), 185-189 [in English].

10. Goldstein, R. B., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2017). The epidemiology of antisocial behavioral syndromes in adulthood: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(1), 1165 [in English].

11. Bacciardi, S., Maremmani, A. G. I., & Maremmani, I. (2013). Drug (heroin) addiction, bipolar spectrum and impulse control disorders. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, 15(2), 29-36 [in English].

12. Williams, M. M. (2019). 40 Diagnostic Interviews for Assessment of Mental. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 74, 179 [in English].

13. Shytle, R. D., Silver, A. A., & Sanberg, P. R. (2002). Neuronal nicotinic receptor inhibition for treating mood disorders preliminary controlled evidence with mecamylamine. *Depression and anxiety*, 16(3), 89-92 [in English].

14. Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2004). The Co-occurrence of DSM-IV Alcohol Abuse in DSM-IV Alcohol Dependence: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on Heterogeneity That Differ by Population Subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 61(9), 891-896 [in English].

15. Steer, R. A., Clark, D. A., & Ranieri, W. F. (1999). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. *Behaviour research and therapy*, 37(2), 183-190 [in English].

16. Knight, J. R., Sherritt, L., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 27(1), 67-73 [in English].