

*Л. М. Маркозова, Н. М. Лісна, С. В. Гольцова*

**ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА СТАНІВ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ**

*Л. М. Маркозова, Н. Н. Лесная, С. В. Гольцова*

**Исследование клинико-психологических факторов развития алкогольной зависимости и состояния созависимости в условиях социального стресса**

*L. Markozova, N. Lisna, S. Holtsova*

**The research of clinical and psychological factors in the development of alcohol dependence and codependence of states in conditions of social stress**

В роботі визначено соціальні, клінічні та психологічні чинники розвитку алкогольної залежності (АЗ) та співзалежності в умовах соціального стресу; встановлено, що головним мотивом вживання алкоголю в стресових ситуаціях є очікування того, що алкоголь полегшує переживання стресу, змінює когнітивне сприйняття стресової ситуації, а також запобігає активації спогадів, пов'язаних зі стресом. Однак якщо стресор був сприйнятий і стрес-реакція запущена, алкоголь не реалізує стрес-протективної дії, а навпаки посилює стрес внаслідок погіршення копінг-стратегій і когнітивних функцій. Виявлено, що при хронічному перебігу АЗ на перший план виходять негативні наслідки зловживання алкоголем, що так само стає додатковим фактором дистресу.

**Ключові слова:** стресова ситуація, алкогольна залежність, співзалежність

В работе определены социальные, клинические и психологические факторы развития алкогольной зависимости (АЗ) и созависимости в условиях социального стресса; установлено, что основным мотивом употребления алкоголя в стрессовых ситуациях является ожидание того, что алкоголь облегчит переживание стресса, изменит когнитивное восприятие стрессовой ситуации, а также предотвратит активацию воспоминаний, связанных со стрессом. Однако, если стрессор был воспринят и стресс-реакция запущена, алкоголь не реализует стресс-протективного действия, а наоборот усиливает стресс вследствие ухудшения копинг-стратегий и когнитивных функций. Выведено, что при хроническом течении АЗ на первый план выходят негативные последствия злоупотребления алкоголем, что в свою очередь становится дополнительным фактором дистресса.

**Ключевые слова:** стрессовая ситуация, алкогольная зависимость, созависимость

The academic paper identifies the social, clinical and psychological factors of alcohol dependence (AD) and codependency in social stress; it is elucidated that the main motive of alcohol consumption in stressful situations is the expectation that alcohol facilitates the experience of stress, changes the cognitive perception of the stressful situation, and prevents the activation of memories associated with stress. However, if the stressor was perceived and the stress reaction started, alcohol does not realize the stress-protective action, but rather increases stress due to the deterioration of coping strategies and cognitive functions. It was elucidated that in the chronic course of alcohol dependence, the negative consequences of alcohol abuse come to the fore, which in turn becomes an additional factor of distress.

**Key words:** stressful situation, alcohol dependence, codependency

Протягом останніх п'яти років в умовах проведення тривалих бойових дій на Сході країни спостерігається «спалах» психічних та наркологічних захворювань як «відповідь» суспільства на хронічну психотравмівну стресову ситуацію. З огляду на те, що довготривале ведення бойових дій неодмінно тягне за собою важкі соціоекономічні наслідки та погіршення якості життя для великої кількості пересічних громадян країни, є підстави говорити про критично високу психосоціальну напруженість суспільства, яка, передусім на рівні окремого індивіда може призвести до зламу звичних стереотипів мислення та поведінки, гострих міжособистісних конфліктів, втрати сенсу життя та самогубства.

За даними численних наукових досліджень встановлено, що є кореляція між рівнем стресу в суспільстві та рівнем пов'язаних з алкоголем проблем [1—2]. У клінічних дослідженнях показано, що гострий і хронічний стрес відіграють протективну роль як на початку вживання алкоголю, так і в розвитку алкогольної залежності (АЗ) та у відновленні зловживання на тлі ремісії. Звісно, що невеликі дози алкоголю можуть покращувати виконання складних когнітивних завдань, спрямованих на розв'язання проблем в стресовій ситуації [3]. Великі ж дози алкоголю є додатковим стресором, оскільки підвищують рівень кортикотропін-рилізінг фактора, кортикостерону і норадреналіну [4]. Підвищення продукції гормонів стресу супроводжу-

ється депресією [5], підвищенням артеріального тиску, ожирінням та іншими несприятливими ефектами.

Відомо, що хронічний перебіг АЗ призводить до формування різноманітних варіантів порушень клінічних, когнітивних, психологічних, соціальних характеристик не тільки у цієї категорії хворих, а й у їхніх співзалежних родичів (СЗР), які порушують їхню пізнавально-аналітичну діяльність, створюють підґрунтя для виникнення генералізованих емоційних реакцій та конфліктної поведінки, перешкоджають процесу спілкування, породжують процес «стигматизації», розвиток соціального конфлікту і таким способом посилюють соціальний стрес. Тому є актуальним аналіз стану психічних функцій та можливостей адаптації до реалій сьогодення саме у хворих на АЗ та їхніх СЗР.

Мета дослідження: вивчити способи психологічних реакцій у стресових ситуаціях осіб із АЗ та їхніх СЗР.

Обстежені ( $n = 70$ ) були поділені на групи: контрольна група (КГ), яка включала практично здорових осіб ( $n = 10$ ) з середнім віком ( $39,00 \pm 3,20$ ) років; група хворих на АЗ ( $n = 44$ ) з середнім віком ( $39,77 \pm 2,38$ ) років; група СЗР ( $n = 16$ ) з середнім віком ( $42,31 \pm 3,39$ ) років. Дозу вжитого напою визначали середньою добовою дозою алкоголю (СДА) в перерахунку на горілку. Одна СДА дорівнює 40 мл горілки.

Отримані дані були оброблені за допомогою статистичних методів [6].

В роботі використані такі методи: клініко-анамнестичний, тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) [7], опитувальник «Особистісний профіль

кризи» [8]; методика «Шкала базових переконань» [9]; шкала диференціальних емоцій (Differential Emotions Scale — DES) [10]; методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Пейдж (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) [11]; методика психологічної діагностики копінг-механізмів (E. Heim) [12, 13].

Було встановлено, що за рівнем освіти особи із АЗ переважно мали середню спеціальну освіту (40,90 % проти 10,00 % осіб КГ), особи КГ — переважно вищу (90,00 % проти 29,54 % осіб із АЗ), що підтверджено показником середньої кількості років навчання: серед осіб із АЗ складав (12,98 ± 0,26) років проти (17,70 ± 0,70) років у осіб КГ ( $p < 0,05$ ). Успішність у школі доброю була у 90,00 % осіб КГ та у 63,63 % осіб із АЗ. На стійкість інтересів вказали всі обстежені КГ та 52,27 % осіб із АЗ. Позитивне ставлення до праці мали майже всі обстежені, лише 6,8 % осіб із АЗ мали нестійке ставлення.

Під час вивчення клінічних особливостей хвороби встановлено, що вік початку зловживання алкоголем у 4,5 % осіб із АЗ був 12—15 років, але більша частина хворих почала зловживати алкоголем після 20 років (52,27 %). Перша спроба алкоголю в середньому відбувалася в (14,70 ± 0,45) років у осіб із АЗ та в (17,00 ± 1,93) роки у осіб КГ, але різниця між показниками не є вірогідною. Особи КГ вживали різні види алкоголю, особи із АЗ надавали перевагу горілці, рідше — самогону. Доза вжитого алкоголю у осіб із АЗ складала (22,73 ± 2,83) СДА проти (3,10 ± 0,80) у осіб КГ ( $p < 0,05$ ). Під час вивчення анамнезу хвороби встановлено, що тривалість формування стану відміни алкоголю (СВА) складала (2,80 ± 0,57) років, давність захворювання — (11,02 ± 0,93) роки. Амнезія токсичного генезу спостерігалась у 52,27 % осіб, епілептичні напади — у 9,09 % осіб, раніше лікувались 45,45 % осіб. Наявність хвороби підтверджено результатами тесту AUDIT. Зокрема, загальна кількість балів у осіб із АЗ складала (33,0 ± 0,62) бали проти (2,40 ± 0,40) балів серед осіб КГ ( $p < 0,05$ ), а у СЗР — (1,56 ± 0,55) балів. Вид потягу

до алкоголю в ремісії 47,72 % осіб із АЗ зазначили як періодично-компульсивний. Вираженість СВА за шкалою CIWA-Ar до лікування в осіб із АЗ відповідав тяжкому ступеню вираженості проявів ((20,85 ± 0,84) бали), після лікування — (0,53 ± 0,20) балів. Критика до захворювання на АЗ була відсутньою у 15,90 % осіб із АЗ, частково збереженою — у 20,45 %. Згоду на участь в лікувальному процесі надали майже всі хворі, лише 11,36 % осіб із АЗ — під впливом їхніх родичів.

Під час вивчення особливостей соціального статусу встановлено, що в шлюбі було 70,00 % осіб КГ та 45,45 % осіб із АЗ; мали дітей 80,00 % осіб КГ та 38,6 % осіб із АЗ. Здебільшого дружини не вживали алкоголь (95,45 % осіб із АЗ та у 80,00 % осіб КГ). Сімейні відносини в осіб із АЗ були середньо-конфліктними (61,36 %) та помірно-конфліктними (20,46 %), у осіб КГ — нормальні. Високий рівень соціальних інтересів мали всі особи КГ, особи із АЗ — переважно середній (65,93 %).

За ставленням родичів до вживання психоактивних речовин (ПАР) встановлено, що майже половина родичів не схвалює вживання ПАР і лише у 4,5 % СЗР ставлення до вживання хворими ПАР індивідуальне, решта СЗР активно протидіє вживанню ПАР.

За результатами обстеження хворих на АЗ та їхніх СЗР за допомогою методики «Особистісний профіль кризи» (рис. 1) встановлено, що до лікування для осіб із АЗ було характерним: 1) порушення у функціональному стані серцевої діяльності ((12,00 ± 0,00) балів) та вегетативної нервової системи ((8,33 ± 0,78) балів), а також порушення сну ((10,50 ± 0,78) балів); 2) ускладнення у функціонуванні когнітивних функцій, а саме пам'яті ((10,33 ± 0,77) балів) та уваги ((9,33 ± 1,02) бали); 3) високий рівень емоційної напруги у вигляді тривоги ((8,33 ± 0,92) бали), генералізованих емоційних реакцій, як-от гнів, сором, провина ((7,33 ± 1,29) балів) та депресивного настрою ((7,25 ± 0,99) балів); 4) порушення у поведінці, яке призводить до проблем з виконанням службових і домашніх обов'язків (8,75 ± 1,14) бали.

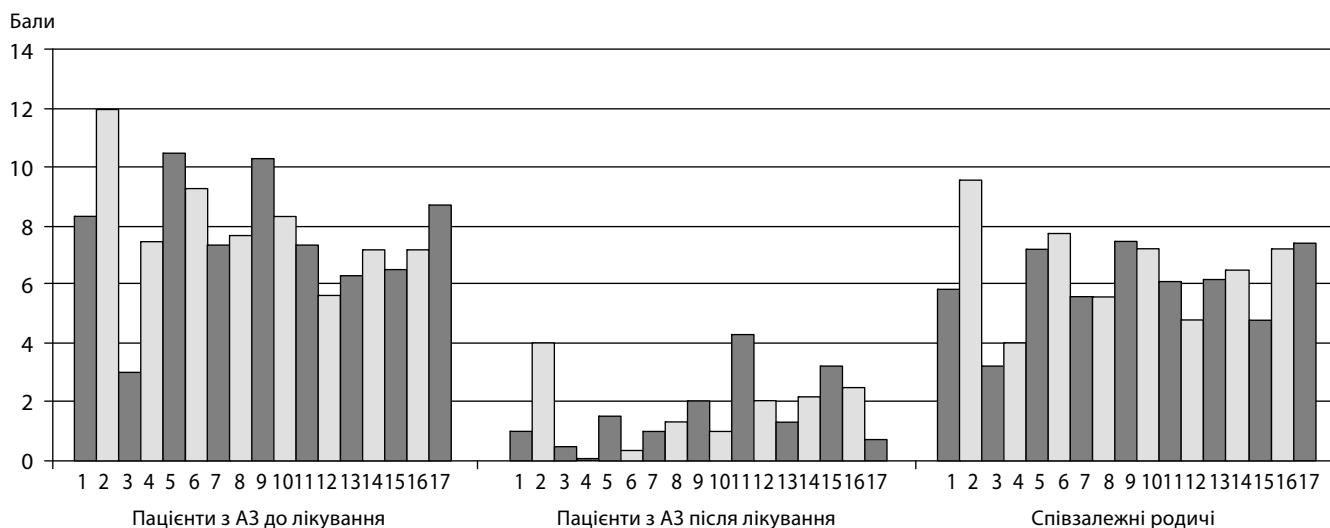


Рис. 1. Результати обстеження осіб із АЗ та їхніх СЗР за допомогою опитувальника «Особистісний профіль кризи»

Умовні позначення:

- 1 — Порушення функціонування вегетативної системи; 2 — Порушення серцевої діяльності; 3 — Порушення дихання;;
- 4 — Порушення функціонування шлунково-кишкового тракту; 5 — Проблеми зі сном ; 6 — Ускладнення функціонування уваги;
- 7 — Ускладнення функціонування сприйняття; 8 — Ускладнення функціонування мислення; 9 — Ускладнення функціонування пам'яті; 10 — Тривога; 11 — Генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провина); 12 — Емоційна притупленість; 13 — Легкодушність, підвищена емоційність; 14 — Депресивний настрій; 15 — Спроби уникнути проблеми; 16 — Занурення в проблему 17 — Проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків

Для СЗР (див. рис. 1) характерним виявилось таке: 1) порушення у функціональному стані серцевої діяльності ( $9,60 \pm 1,14$  балів); 2) високий рівень емоційної напруги у вигляді тривоги ( $7,20 \pm 1,05$  балів); 3) порушення у поведінці у вигляді занурення у проблему ( $7,20 \pm 1,09$  балів) та неякісного виконання службових і домашніх обов'язків ( $7,40 \pm 1,01$  балів).

Отже, при реагуванні на кризові ситуації в осіб із АЗ та їхніх СЗР проявляється цілий спектр психосоматичних порушень у вигляді порушень серцевої діяльності, безсоння, ускладнень у функціонуванні пам'яті та уваги, виникнення тривоги, депресивного настрою, відчуттів гніву, сорому, провини, а також відзначаються зміни у поведінці та різних видах діяльності, зниження загальної енергії та активності у розв'язанні проблем.

За результатами обстеження за допомогою опитувальника «Соціально-психологічна адаптація» (рис. 2) встановлено вірогідні відмінності між показниками в групі осіб із АЗ та групі СЗР: 1) неприйняття себе ( $15,75 \pm 1,24$  бали в осіб із АЗ проти  $11,73 \pm 1,21$  балів у СЗР); 2) прийняття інших ( $22,90 \pm 1,08$  балів у осіб із АЗ проти  $25,13 \pm 1,26$  балів у СЗР); 3) неприйняття інших ( $17,65 \pm 1,23$  бали в осіб із АЗ проти  $13,33 \pm 1,59$  балів у СЗР); 4) прагнення до домінування ( $54,44 \pm 2,66$  балів у осіб із АЗ проти  $43,30 \pm 4,06$  балів у СЗР).

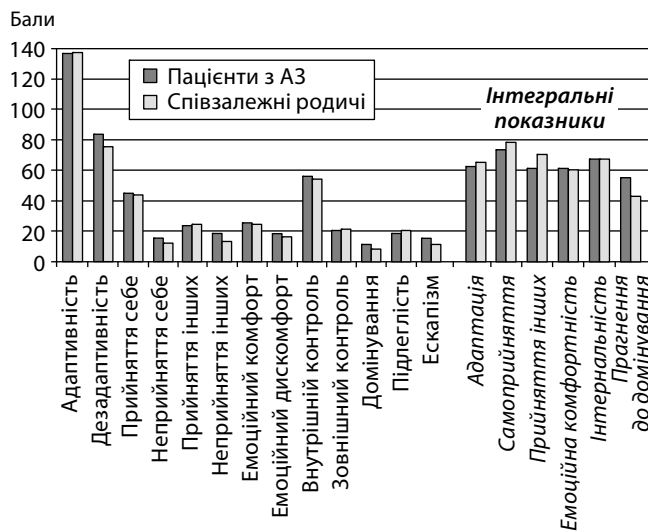


Рис. 2. Результати обстеження осіб з АЗ та їхніх СЗР за допомогою опитувальника «Соціально-психологічна адаптація»

Отримані дані свідчать про порівняно знижений рівень психосоціальної адаптації осіб із АЗ внаслідок властивого їм внутрішньоособистісного конфлікту (між різноспрямованими тенденціями «прийняття-відкидання» свого «Я») й особливостей комунікативного стилю, як-от «неприйняття інших» (підвищена критичність, егоцентризм, зниження здатності до співчуття та розуміння мотивів поведінки інших осіб) та прагнення до домінування (що можна розглядати як приховану агресію).

В результаті дослідження за скринінговою методикою оцінки копінг-механізмів виявлено, що для осіб із АЗ та їхніх СЗР характерно домінування таких паттернів подолання стресу: 1) серед адаптивних когнітивних копінг-стратегій (тобто форм поведінки, спрямованих

на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій) превалювала стратегія «Встановлення власної цінності» та «Збереження самовладання» відповідно; 2) серед адаптивних емоційних копінг-стратегій (тобто проявів активності обурення та протесту щодо труднощів і впевненості у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації) домінувала стратегія «Оптимізм» для обох груп; 3) серед адаптивних поведінкових копінг-стратегій (тобто така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні) — «Звертання за допомогою» для обох груп; 4) серед неадаптивних когнітивних копінг-стратегій (пасивних форм поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили й інтелектуальні здібності, з умисною недооцінкою власних неприємностей) — «Розгубленість» для обох груп; 5) серед неадаптивних емоційних копінг-стратегій (варіантів поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуттям безнадійності, покірності, переживанням злості і звинуваченнями себе та інших) — «Покірність» та «Придушення емоцій» відповідно; 6) серед неадаптивних поведінкових копінг-стратегій (які передбачають уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від розв'язання проблем) — «Відступ» для обох груп; 7) серед відносно адаптивних когнітивних копінг-стратегій (тобто форм поведінки, спрямованих на оцінку труднощів порівняно з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами) для хворих не було виявлено домінуючої стратегії, і «Додавання сенсу» — для СЗР; 8) серед відносно адаптивних емоційних копінг-стратегій (спрямованих на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або на покладання відповідальності за розв'язання труднощів на інших осіб) — «Пасивна кооперація» для обох груп; 9) серед відносно адаптивних поведінкових копінг-стратегій (що характеризуються прагненням до тимчасового відходу від розв'язання проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань) — «Компенсація» та «Відволікання» відповідно.

Звертає на себе увагу те, що для подолання стресових ситуацій особи із АЗ найчастіше використовують умовно адаптивні стратегії «Настанова власної цінності», «Оптимізм» та «Звертання за допомогою», що можна інтерпретувати як егоцентризм, інфантилізм та легковажність у розв'язанні проблем. Водночас, у СЗР виявилися тотожні копінг-стратегії «Оптимізм» та «Звертання за допомогою» як ті, що найчастіше використовуються.

Обстеженням за допомогою методики «Шкала базових переконань» (рис. 3) встановлено, що за показниками «Доброта навколишнього світу» (BW, benevolence of world) та «Доброзичливість людей» (BP, benevolence of people) особи із АЗ суттєво відрізнялись від СЗР ( $15,29 \pm 1,19$  балів проти  $17,79 \pm 1,25$  балів та  $13,86 \pm 0,75$  балів проти  $15,86 \pm 0,82$  бали відповідно), що відображає їхню невпевненість щодо безпечної можливості довіряти навколишньому світу.

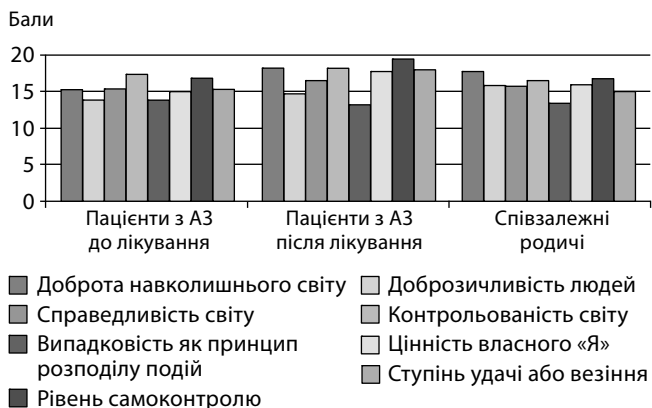


Рис. 3. Результати обстеження осіб з АЗ та їхніх СЗР за допомогою опитувальника «Шкала базових переконань»

За рештою показників, таких, що відображають базисні уявлення про справедливість навколишнього світу та цінність і значимість власного «Я», вірогідних відмінностей виявлено не було. Тобто, хворі, як і їхні родичі, вважали закономірним та цілком справедливим розподіл удачі та нещастя в їхньому власному житті, відчували свою відповідальність за те, що з ними сталося.

За результатами дослідження за методикою «Шкала базових емоцій» (рис. 4) визначено, що на початковому етапі лікування в осіб із АЗ та у їхніх співзалежних родичів превалювали такі емоційні переживання: ступінь позитивних емоцій (який визначали за індексом Інтерес + Радість + Здивування) склав 16,00 балів та 17,01 бала відповідно ( $6,37 + 4,26 + 5,37 = 16,00$  балів та  $6,13 + 4,25 + 6,63 = 17,01$  бала); загальний рівень негативного емоційного стану (який визначали за індексом Горе + Гнів + Відраза + Презирство) становив 26,31 бала та 30,06 балів відповідно ( $7,74 + 6,26 + 6,42 + 5,89 = 26,31$  бала;  $9,50 + 7,94 + 7,06 + 5,56 = 30,06$  балів); тривожно-депресивний комплекс (Страх + Сором + Провина) — на рівні 20,63 бали та 18,63 бали відповідно ( $6,63 + 4,89 + 9,11 = 20,63$  бали;  $6,88 + 4,81 + 6,94 = 18,63$  бали). Тобто, емоційні переживання, як-от відчуття горя, гніву, відрази та презирства — більш характерні для співзалежних родичів, а відчуття провини — для осіб із АЗ. Водночас, загальний емоційний фон характеризувався більшою масою саме негативних емоційних переживань як у осіб із АЗ, так і у їхніх СЗР.

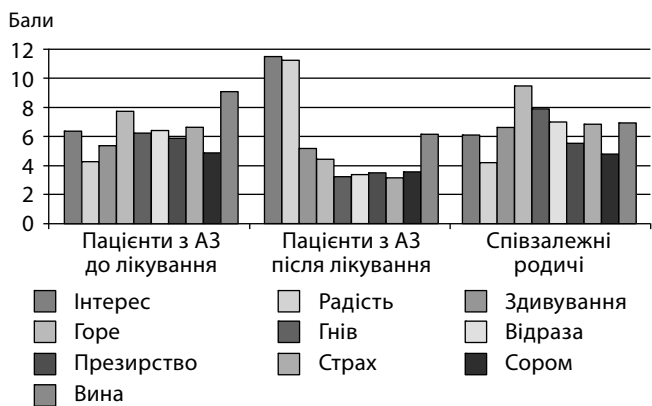


Рис. 4. Результати обстеження осіб з АЗ та їхніх СЗР за допомогою опитувальника «Шкала базових емоцій»

За отриманими даними за «Шкалою самооцінки актуального рівня стресу» в осіб із АЗ та їхніх співзалежних родичів спостерігався пороговий рівень опірності стресу — ( $282,89 \pm 37,24$ ) бали та ( $231,13 \pm 31,81$ ) бала відповідно, що означає високий рівень стресового навантаження. Тобто, виходячи з інтерпретації тесту, такий рівень стресового навантаження знижує стресостійкість індивіда, змушує велику частину енергії та ресурсів витрачати на боротьбу з негативними психологічними станами, які виникають в процесі стресу, що насамперед провокує велику ймовірність розвитку психосоматичних хвороб та стан, близький до нервового виснаження (рис. 5).

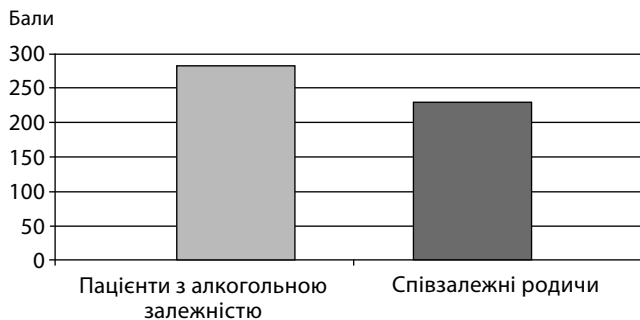


Рис. 5. Результати психодіагностичного обстеження за допомогою опитувальника «Шкала самооцінки актуального рівня стресу»

Низька здатність справлятися з психотравмівними ситуаціями, яка виявилася в усіх обстежених, сприяє дисгармонійному ставленню до самого себе, дисгармонійним відносинам з оточуючими людьми, з навколишнім світом, сприйняттю негативної інформації, що надходить ззовні.

Отже, наявність і поєднання виявлених характеристик в структурі особистості хворих сприяє дисгармонійному сприйняттю власного життя, навколишнього світу, а також призводить до конфліктних міжособистісних відносин. Особистісні порушення, що формуються, і різноманітні психосоціальні аспекти перешкоджають соціальній адаптації і є своєрідним «фрустратором». Стан фрустрації може проявлятися в усіх сферах психіки хворих і є орієнтованим не тільки на оточуючих людей, а й на особистість самого хворого.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

У сучасних умовах дії соціального стресу хронічний перебіг алкогольної залежності призводить до формування різноманітних ускладнень та порушень як клінічних, так і психосоціальних характеристик у хворих цієї категорії.

Встановлені соціальні фактори, які сприяють розвитку хвороби в осіб із АЗ, а саме: конфліктні відносини в родині; низький рівень соціальних інтересів; байдуже або пасивне ставлення до праці; матеріальна залежність від родичів.

Встановлені певні особливості клінічних характеристик: вираженість симптомів синдрому відміни алкоголю — за шкалою CIWA-Ar; наявність амнестичних форм сп'яніння, епілептичних нападів, висока кількість СДА (в 7,00 разів, ніж у осіб КГ); відсутність або часткова наявність критики до захворювання у третини осіб з АЗ; періодично-компульсивний вид потягу до алкоголю в ремісії (у половини осіб із АЗ).

Визначено, що в осіб із АЗ та їхніх СЗР спостерігався пороговий рівень опірності стресу, що означає високий рівень стресового навантаження, який призводить до зниження стресостійкості індивіда, провокує велику ймовірність розвитку психосоматичних хвороб та стан, близький до нервового виснаження.

Встановлено, що реакція у кризових ситуаціях в осіб із АЗ та їхніх СЗР має характер дистресу, при якому проявляється цілий спектр психосоматичних порушень у вигляді розладів серцевої діяльності, безсоння, ускладнень у функціонуванні пам'яті та уваги, виникнення тривоги, депресивного настрою, відчуття гніву, сорому, спостерігаються зміни у поведінці та різних видах діяльності, зниження загальної енергії та активності у розв'язанні проблем.

Встановлено, що головним мотивом вживання алкоголю в стресових ситуаціях є очікування того, що алкоголь полегшує переживання стресу, змінює когнітивне сприйняття стресової ситуації, а також запобігає активації спогадів, пов'язаних зі стресом. Однак якщо стресор був сприйнятий і стрес-реакція запущена, алкоголь не реалізує стрес-протективної дії, а навпаки — посилює стрес внаслідок погіршення копінг-стратегій і когнітивних функцій.

#### Список літератури

1. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и стресс // Вопросы наркологии. 2004. № 3. С. 25—29.
2. Pohorecky L. A. Stress and alcohol interaction : An update of human research // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1991. Vol. 15(3). P. 438—459. PMID: 1898494.
3. Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence / R. M. Crum, C. Muntaner, W. W. Eaton, J. C. Anthony // Ibid. 1995. Vol. 19(3). P. 647—655. PMID: 7573788.
4. Holsboer F. Neuroendocrinology of mood disorders. In: Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress / Bloom F. E., Kupfer D. J., editors. N. Y. : Raven, 1995. P. 957—69.
5. Левчук Л. А., Шмиголь М. В., Иванова С. А. Серотонинергическая система в патогенезе и терапии депрессивных расстройств (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2. С. 75—79.
6. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel Киев : «Моріон», 2000. 320 с.
7. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary care / T. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle,

J. B. Saunders [et al.]. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva : World Health Organization, 2001. 99 p. URL : <http://www.who.int/iris/handle/10665/67205>.

8. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с. (Серия «Практикум по психологии»).

9. Падун М. А., Котельникова А. В. Методика исследования базисных убеждений личности. М. : ИПРАН, 2007. 23 с.

10. Изард К. Психология эмоций / пер. с англ. А. Татлыбаева. СПб. : Питер, 1999. 464 с.

11. Holmes T., Rahe R. The social readjustment rating scale // Journal of psychosomatic research. 1967. Vol. 11. P. 213.

12. Heim E. Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? // Psychother. med. Psychol. 1988. Vol. 38. P. 8—18.

13. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. СПб. : М. : Изд. Центр «Академия» ; СПб. : Филологический факультет СПбГУ, 2004. 736 с.

Надійшла до редакції 25.02.2019 р.

**МАРКОЗОВА Любов Михайлівна**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: marklubov15@gmail.com

**ЛІСНА Наталя Миколаївна**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: n.n.lesnay@gmail.com

**ГОЛЬЦОВА Світлана Вікторівна**, провідний інженер відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: lana-6208@ukr.net

**MARKOZOVA Lubov**, MD, PhD, Research Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAVS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: marklubov15@gmail.com

**LISNA Natalia**, PhD in of Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: n.n.lesnay@gmail.com

**HOLTSOVA Svitlana**, Leading Engineer of the Department of Clinical and Social Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: lana-6208@ukr.net