

## ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

doi: 10.35339/ekm.2019.01.08

УДК 613.861:616.895:613.816

*К.Д. Гапонов**Харківська медична академія післядипломної освіти***ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКОВОГО КОПІНГОВОГО РЕПЕРТУАРУ  
У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ З РІЗНИМ РІВНЕМ  
ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ**

З метою розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжливості дії стресу на специфіку поведінкового репертуару у осіб, залежних від алкоголю, в ході роботи було проведено аналіз особливостей копінг-стратегій у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. Встановлено, що у пацієнтів з алкогольною залежністю (АЗ) копінг-репертуар є деформованим, що не забезпечує належний адаптаційний і стрес-протективний ресурс індивіда, та є одним із патогенетичних індивідуально-поведінкових чинників розвитку АЗ. Закономірності розподілу поведінкових стратегій практично не мають специфічності у хворих на АЗ різних соціальних груп, проте, встановлені особливості їх розподілу у пацієнтів в залежності від рівня психосоціального стресу: зі зростанням стресового навантаження, використання конструктивних стратегій зменшується, а неконструктивних – збільшується. Враховуючи встановлений факт, що вираженість розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, лінійно асоційована з вираженістю психосоціального стресу, який випробовують хворі, можна стверджувати, що з деструктивною трансформацією копінг-поведінкового репертуару асоційовано відбувається потягнення клінічної симптоматики АЗ, та навпаки. Виявлені закономірності повинні враховуватись при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів осіб, що страждають на АЗ.

**Ключові слова:** *алкогольна залежність, психосоціальний стрес, копінг-поведінка.*

**Вступ**

За констатацією експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку в світі помирає близько 3,3 мільйона людей внаслідок зловживання алкоголем, що складає майже 5 % від усіх летальних випадків. Отже, проблема поширеності алкогольної залежності (АЗ) є вкрай актуальною на сьогодні не тільки для України, а й для всього світу [1]. Однак, якщо середній світовий показник вживання алкогольних напоїв складає 6,1 літрів на особу на рік, то в Україні цей показник становить, за різними даними, від 11 до 13,9 літрів на рік, що є шостим показником у світі [2]. Щороку в Україні від зловживання алкоголю помирає близько 40 тис. осіб, серед яких 25,0 % випадків – це летальні алкогольні отруєння, пов'язані зі вживанням спиртних напоїв підпільного виготовлення; 25,0 % – сер-

цеві напади, причиною яких є непомірне вживання алкоголю; 50,0 % припадає на інші захворювання і нещасні випадки, що відбулись через вживання алкоголю [3]. Крім того, спеціалісти фіксують наявність зв'язку між рівнем вживання алкоголю та збільшенням правових проблем внаслідок вчинення правопорушень у стані алкогольного сп'яніння, а також поширеністю в суспільстві соціально-стресових розладів [4–8].

Взаємозв'язок між наявністю стресового навантаження та вживанням алкоголю підтверджено великою кількістю досліджень зі значною доказовою базою і визначено усіма науковими школами та напрямками [9–12]. Між тим, незважаючи на очевидну необхідність, накопичення цих знань не призвело поки що до розуміння того, яким чином, використовуючи нові знання, можна вплинути на змен-

шення шкоди від вживання алкоголю та ефективність лікування АЗ у осіб, що переживають надзвичайний стрес. Враховуючи системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами мають базуватись на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні й реабілітаційні стратегії повинні бути суттєво модифіковані з урахуванням вектору дії стресу на формування й перебіг АЗ.

**Мета роботи** – визначити специфіку копіngu як стрижневої характеристики, яка формує поведінковий репертуар особистості, у хворих на АЗ з різним рівнем психосоціального стресу, для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу та коморбідних психопатологічних феноменів на формування й перебіг АЗ.

#### **Контигент і методи дослідження**

Дослідження було здійснено на базі КНПХОП «Обласний наркологічний диспансер» протягом 2014–2018 рр., де за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики й деонтології було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України в якості учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил; 89 вимушено переміщених осіб з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської області; та 116 осіб – мешканців м. Харкова і Харківської області, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Дослідження проводилось за допомогою клініко-психопатологічного, психометричного, психодіагностичного й статистичного методів. Діагностику АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 [13] та психометричного – з використанням тесту AUDIT (для виявлення розладів, пов'язаних зі зловживанням алкоголю та визначенням ступеня небезпечності його вживання) [14]. Вираженість психосоціального стресу оцінювали за одноменною шкалою Л. Рідера [15]. Копінговий репертуар досліджували за допомогою опитувальника «Контрольний перелік способів подолання» («Ways of Coping Checklist»), розробленого С. Фолкман і Р. Лазарусом, адаптованого Т.Л. Крюковою, Е.В. Куфтяк у вигляді «Опитувальника способів долаючої поведінки» [16].

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики, а аналіз роз-

біжностей було здійснено з використанням точного критерію Фішера та критерію хі-квадрат Пірсона.

#### **Результати та їх обговорення**

На початку дослідження у кожній з категорій обстежених нами було виділено по три групи: зі слабкою, помірною та важкою вираженістю психосоціального стресу. Респондентів відбирали до груп з низькою, помірною та важкою вираженістю психосоціального стресу на підставі аналізу результатів обстеження за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера [15]: у разі, якщо показник за цією шкалою перебував у межах до 0,99 балів, обстежуваного відносили до групи з низьким рівнем стресу; у разі, якщо показник перебував у межах від 1,00 до 1,99 балів, обстежуваного відносили до групи з помірним рівнем стресу; у разі, якщо показник перевищував 1,99 бала – до групи з важким рівнем стресу.

Відносно низький рівень психосоціального стресу зустрічався у 2 (1,9 %) комбатантів (група К1), 9 (10,1 %) переселенців (група П1) і 24 (20,7 %) місцевих мешканців (група М1), [середній показник по групі (0,62±0,21) бала]. Помірний рівень стресу було виявлено у 29 (27,1 %) комбатантів (група К2), 22 (24,7 %) переселенців (група П2) й 33 (28,4 %) місцевих мешканців (група М2) [середній показник (1,39±0,30) бала]. Важкий рівень стресового навантаження встановлено у 76 (71,0 %) комбатантів (група К3), 58 (65,2 %) переселенців (група П3) та 59 (50,9 %) міських мешканців (група М3) [середній показник (2,47±0,38) бала]. Розбіжності при порівнянні середньої вираженості психосоціального стресу в даних групах були статистично значущими ( $p < 0,01$ ).

Середні показники вираженості психосоціального стресу у осіб різних соціальних груп склали: серед комбатантів – (2,24±0,63) бала; переселенців – (2,03±0,72) бала; місцевих мешканців – (1,68±0,78) бала (розбіжності були статистично значущі при порівнянні груп комбатантів і місцевих та переселенців і місцевих,  $p < 0,01$ ).

Вираженість клінічних проявів АЗ також виявилась неоднорідною серед обстежених та була асоційована з рівнем психосоціального стресу: у осіб з легким стресом середній показник за AUDIT виявився (15,17±2,32) бала, з помірним реагуванням на стрес – (21,53±1,99) бала, важким – (31,51±6,35) бала (розбіжності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою  $p < 0,01$ ). Середня вираженість АЗ серед комбатантів становила (30,43±7,31)

бала, переселенців – (28,60±7,78) бала, місцевих мешканців – (25,43±8,19) бала [розбіжності статистично значущі при порівнянні комбатантів і місцевих  $p < 0,01$ , переселенців і місцевих  $p < 0,01$ ].

Дослідження особливостей розподілу напруженості та використання копінгового репертуару, визначеного за допомогою методики «Опитувальник способів долаючої поведінки» Р. Лазаруса і С. Фолкман, дозволило виділити специфіку як серед хворих різних соціальних груп (табл. 1), так і респондентів з різним рівнем психосоціального стресу (табл. 2).

Дані (табл. 1) свідчать про те, що, в цілому при вибірці хворих на АЗ, загальним трендом щодо розподілу вираженості окремих копінг-механізмів, виявлено зниження напруженості використання таких поведінкових стратегій, як *планомірне вирішення проблеми* (середня вираженість між комбатантами (56,1±14,9) бала, переселенцями (49,6±15,2) бала, місцевими (51,0±13,4) бала; умовна норма (67,8±0,6) бала) і *позитивна переоцінка* (середня вираженість між комбатантами (43,9±11,3) бала, переселенцями (37,1±13,8) бала, місцевими (43,9±10,4) бала; умовна нор-

Таблиця 1. Кількісні показники вираженості стратегій подолання у хворих на АЗ різних соціальних груп (середній бал±т)

Показник	Рівень психосоціального стресу			р 1-2	р 1-3	р 2-3
	легкий	помірний	тяжкий			
Комбатанти						
Конфронтаційний копінг	25,00±3,96	43,45±10,71	61,56±15,92	<0,01	0,024	<0,01
Дистанціювання	36,10±3,96	53,85±12,88	67,77±12,41	>0,05	<0,05	<0,01
Самоконтроль	76,20±13,44	76,87±13,74	48,74±8,60	>0,05	<0,05	<0,01
Пошук соціальної підтримки	69,45±11,81	65,33±20,54	47,36±9,98	>0,05	<0,05	<0,01
Прийняття відповідальності	62,50±29,42	72,99±18,17	44,18±15,08	>0,05	>0,05	<0,01
Втеча-уникнення	27,05±8,84	43,24±10,54	59,06±12,50	>0,05	<0,05	<0,01
Планування вирішення проблеми	77,75±23,55	40,60±12,60	49,78±8,83	<0,05	<0,05	<0,01
Позитивна переоцінка	61,90±13,44	39,24±10,15	30,64±10,33	<0,05	<0,05	<0,01
Вимушені переселенці						
Конфронтаційний копінг	39,51±20,30	44,17±16,75	62,26±14,37	>0,05	<0,01	<0,01
Дистанціювання	46,30±23,57	52,54±18,61	63,80±19,42	>0,05	<0,05	<0,01
Самоконтроль	63,49±24,52	70,14±3,92	51,23±10,92	>0,05	>0,05	<0,01
Пошук соціальної підтримки	55,56±22,73	58,33±17,96	53,45±15,81	>0,05	>0,05	>0,05
Прийняття відповідальності	56,48±21,57	56,82±17,56	51,15±18,11	>0,05	>0,05	>0,05
Втеча-уникнення	37,49±13,17	42,42±15,13	57,04±13,11	>0,05	<0,01	<0,01
Планування вирішення проблеми	50,02±20,43	49,74±13,78	49,05±13,22	>0,05	>0,05	>0,05
Позитивна переоцінка	39,16±14,64	39,61±15,23	32,43±11,48	>0,05	>0,05	>0,05
Місцеві мешканці						
Конфронтаційний копінг	37,73±18,76	41,58±16,08	53,77±14,46	<0,05	<0,01	<0,01
Дистанціювання	38,65±20,09	48,48±12,05	64,61±9,67	<0,01	<0,01	<0,01
Самоконтроль	78,17±12,94	71,86±3,64	54,47±6,92	<0,01	<0,01	<0,01
Пошук соціальної підтримки	68,75±20,19	66,49±15,25	52,83±8,67	>0,05	<0,01	<0,01
Прийняття відповідальності	77,78±18,34	60,59±17,09	55,65±11,11	<0,01	<0,01	>0,05
Втеча-уникнення	30,20±7,18	38,64±11,63	55,79±9,47	<0,01	<0,01	<0,01
Планування вирішення проблеми	55,32±19,00	39,72±12,12	58,02±9,07	<0,01	>0,05	<0,01
Позитивна переоцінка	56,75±12,24	42,42±10,67	32,44±8,32	<0,01	<0,01	<0,01

ма (56,1±0,5) бала) та дещо підвищена напруженість за стратегією *дистанціювання* (середня вираженість між комбатантами (52,6±11,6) бала, переселенцями (54,2±20,5) бала, місцевими (50,5±13,9) бала; умовна норма (49,4±0,6) бала). У переселенців з АЗ також відмічено зниження здатності до *пошуку соціальної підтримки* (середня вираженість (55,8±18,8) бала; умовна норма (62,8±0,6) бала) та *прийняття відповідальності* (середня вираженість (54,8±19,1) бала; умовна норма (62,9±0,7) бала).

Серед пацієнтів з різним рівнем стресового навантаження всередині кожної групи відмічено збільшення напруженості за *конфронтацією, дистанціюванням і втечею*–

*уникненням* у хворих з важким рівнем психосоціального стресу, незалежно від соціальної групи. До того ж, у комбатантів і переселенців з важким стресом встановлено зниження напруженості стратегії *самоконтролю*.

Дослідження розподілу напруженості копінг-механізмів у хворих на АЗ, в залежності від випробуваного ними психосоціального стресу, показало такі результати (табл. 2).

Як видно з табл. 2, загальний тренд розподілу напруженості копінг-механізмів у хворих на АЗ в залежності від випробуваного ними психосоціального стресу можна сформулювати наступним чином: для конструктивних варіантів копінгу (самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідаль-

Таблиця 2. Кількісні показники вираженості стратегій подолання у хворих на АЗ з різним рівнем психосоціального стресу (середній бал±m)

Показник	Рівень психосоціального стресу			p 1–2	p 1–3	p 2–3
	Легкий (n=35)	Помірний (n=84)	Тяжкий (n=193)			
Конфронтаційний копінг	K1 25,00±3,96	K2 43,45±10,71	K3 61,56±15,92	<0,01	<0,05	<0,01
	П1 39,51±20,30	П2 44,17±16,75	П3 62,26±14,37	>0,05	<0,01	<0,01
	M1 37,73±18,76	M2 41,58±16,08	M3 53,77±14,46	<0,05	<0,01	<0,01
	<b>Σ=34,08±14,34</b>	<b>Σ=43,06±14,58</b>	<b>Σ=59,19±14,91</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
Дистанціювання	K1 36,10±3,96	K2 53,85±12,88	K3 67,77±12,41	>0,05	<0,05	<0,01
	П1 46,30±23,57	П2 52,54±18,61	П3 63,80±19,42	>0,05	<0,05	<0,01
	M1 38,65±20,09	M2 48,48±12,05	M3 64,61±9,67	<0,01	<0,01	<0,01
	<b>Σ=40,35±15,87</b>	<b>Σ=51,62±14,51</b>	<b>Σ=65,39±13,83</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
Самоконтроль	K1 76,20±13,44	K2 76,87±13,74	K3 48,74±8,60	>0,05	<0,05	<0,01
	П1 63,49±24,52	П2 70,14±3,92	П3 51,23±10,92	>0,05	>0,05	<0,01
	M1 78,17±12,94	M2 71,86±3,64	M3 54,47±6,92	<0,01	<0,01	<0,01
	<b>Σ=72,62±16,96</b>	<b>Σ=72,95±7,10</b>	<b>Σ=51,48±8,81</b>	<b>&lt;0,05</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
Пошук соціальної підтримки	K1 69,45±11,81	K2 65,33±20,54	K3 47,36±9,98	>0,05	<0,05	<0,01
	П1 55,56±22,73	П2 58,33±17,96	П3 53,45±15,81	>0,05	>0,05	>0,05
	M1 68,75±20,19	M2 66,49±15,25	M3 52,83±8,67	>0,05	<0,01	<0,01
	<b>Σ=64,58±18,24</b>	<b>Σ=63,38±17,91</b>	<b>Σ=51,21±11,48</b>	<b>&gt;0,05</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
Прийняття відповідальності	K1 62,50±29,42	K2 72,99±18,17	K3 44,18±15,08	>0,05	>0,05	<0,01
	П1 56,48±21,57	П2 56,82±17,56	П3 51,15±18,11	>0,05	>0,05	>0,05
	M1 77,78±18,34	M2 60,59±17,09	M3 55,65±11,11	<0,01	<0,01	>0,05
	<b>Σ=65,58±23,11</b>	<b>Σ=63,47±17,61</b>	<b>Σ=50,32±14,76</b>	<b>&lt;0,05</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
Втеча-уникнення	K1 27,05±8,84	K2 43,24±10,54	K3 59,06±12,50	>0,05	<0,05	<0,01
	П1 37,49±13,17	П2 42,42±15,13	П3 57,04±13,11	>0,05	<0,01	<0,01
	M1 30,20±7,18	M2 38,64±11,63	M3 55,79±9,47	<0,01	<0,01	<0,01
	<b>Σ=31,58±9,73</b>	<b>Σ=41,43±12,43</b>	<b>Σ=57,29±11,69</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>
Планування вирішення проблеми	K1 77,75±23,55	K2 40,60±12,60	K3 49,78±8,83	<0,05	<0,05	<0,01
	П1 50,02±20,43	П2 49,74±13,78	П3 49,05±13,22	>0,05	>0,05	>0,05
	M1 55,32±19,00	M2 39,72±12,12	M3 58,02±9,07	<0,01	>0,05	<0,01
	<b>Σ=61,03±20,99</b>	<b>Σ=43,35±12,83</b>	<b>Σ=52,28±10,37</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&gt;0,05</b>	<b>&lt;0,01</b>
Позитивна переоцінка	K1 61,90±13,44	K2 39,24±10,15	K3 30,64±10,33	<0,05	<0,05	<0,01
	П1 39,16±14,64	П2 39,61±15,23	П3 32,43±11,48	>0,05	>0,05	>0,05
	M1 56,75±12,24	M2 42,42±10,67	M3 32,44±8,32	<0,01	<0,01	<0,01
	<b>Σ=52,60±13,44</b>	<b>Σ=40,42±12,01</b>	<b>Σ=31,83±10,04</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>&lt;0,01</b>

ності, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка) має місце тенденція зменшення кількісних показників паралельно зростанню важкості психосоціального стресу і, відповідно, потяженню АЗ, тоді як для неконструктивних копінг-стратегій (конфронтація, дистанціювання, втеча-уникнення) притаманною є зворотна закономірність: зі зростанням важкості стресу та вираженості АЗ їх кількісні значення збільшуються.

Отже, можемо стверджувати, що зі збільшенням чутливості до стресового навантаження та прогресуванням АЗ, у хворих відбувалась деструктивна трансформація копінг-поведінкового репертуару:

– підвищення напруженості *конфронтації* проявлялось посиленням імпульсивності й непослідовності в поведінці, зростанням станів збудження, афективного й агресивного реагування, дезорганізацією планованої розумової діяльності;

– збільшення напруженості за *дистанціюванням* призводило до анозогнозії стосовно алкогольних проблем та їх соціальних наслідків;

– зростання напруженості за стратегією *втечі-уникнення* підвищувало сенситивність до стану перманентної внутрішньої напруги, що індуціювало бажання зняти її за допомогою прийому алкоголю, проте, відсутність спроб осмислення ситуації та відсутність будь-якої діяльності щодо її зміни, призводило до формування порочного кола взаємної обтяженості обох феноменів;

– зменшення напруженості *самоконтролю* було свідомством втрати керування над проблемною ситуацією, зокрема, та власним життям, взагалі, що, на тлі надмірної її напруженості у осіб з легким та помірним рівнем стресу,

розцінювалось нами як підтвердження наявності патогенетичної ланки прогресування АЗ внаслідок невдалої спроби придушення емоційного реагування і гіперконтролю на більш легких етапах її розвитку;

– зниження здатності до *пошуку соціальної підтримки* зумовлювало формування відчуття самотності й покинутості, беззахисності перед життєвими труднощами та фрустрації потреби у зовнішньому прийнятті, захисті й допомозі;

– низька здатність до *прийняття відповідальності* призводила до підвищення інтенсивності відчуття провини з депресивним відтінком, розгубленості й пригніченості, формування стану безпорадності та бажанням викликати поблажливості до себе з боку оточуючих;

– зниження напруженості стратегії *планування вирішення проблеми* було свідомством відсутності здатності та ресурсу щодо активної позиції у спробі усвідомлення та пошуку способів вирішення проблеми;

– зменшення здатності до *позитивної переоцінки* обумовлювала відсутність спроб переосмислення себе, своїх відносин і життєвих цінностей, що сприяло погіршенню психічного стану та потяженню афективної тривожно-депресивної складової клінічної картини АЗ.

Аналіз рівня напруженості за окремими поведінковими стратегіями довів наступне (табл. 3–10). Так, за результатами аналізу рівня напруженості конфронтаційного копінгу обстежені хворі розподілилися наступним чином (табл. 3).

Як видно з табл. 2, більшості комбатантів були притаманні помірні рівні напруженості конфронтаційного копінгу, за винятком хворих з

Таблиця 3. Розподіл за рівнями напруженості конфронтаційного копінгу у хворих на АЗ різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Рівень напруженості копінгу	Рівень психосоціального стресу							
	легкий		помірний		тяжкий		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбатанти								
Низький	2	100,0	5	17,2	3	3,9	10	9,3
Середній	0	0,0	23	79,3	50	65,8	73	68,2
Високий	0	0,0	1	3,4	23	30,3	24	22,4
Вимушені переселенці								
Низький	4	44,4	5	22,7	2	3,4	11	12,4
Середній	4	44,4	13	59,1	41	70,7	58	65,2
Високий	1	11,1	4	18,2	15	25,9	20	22,5
Місцеві мешканці								
Низький	16	66,7	8	24,2	6	10,2	30	25,9
Середній	5	20,8	21	63,6	50	84,7	76	65,5
Високий	3	12,5	4	12,1	3	5,1	10	8,6

легким психосоціальним стресом, у яких виявлено лише легкий рівень напруженості (рис. 1).

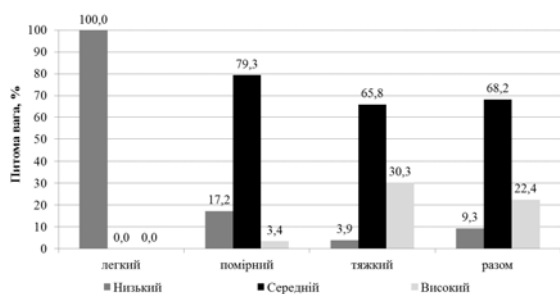


Рис. 1. Розподіл комбатантів за рівнями напруженості конфронтаційного копіngu

У вимушених переселенців при помірно та тяжкому рівні стресу також домінували помірні рівні напруженості конфронтаційного копіngu, однак, у хворих з легким рівнем представлені всі три рівні, найменш вираженим з них був легкий (рис. 2).

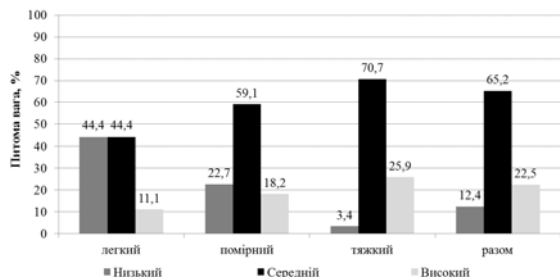


Рис. 2. Розподіл вимушених переселенців за рівнями напруженості конфронтаційного копіngu

У місцевих мешканців з легким рівнем стресу переважав низький рівень конфронтаційного копіngu, а в решті групи – помірний, особливо виражений в групі з тяжким стресом (рис. 3).

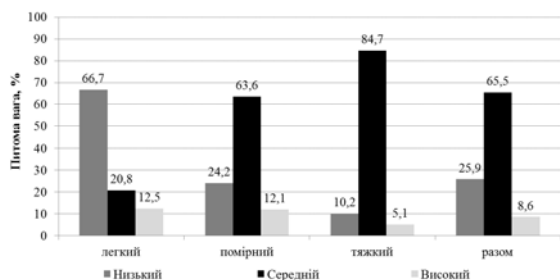


Рис. 3. Розподіл місцевих мешканців за рівнями напруженості конфронтаційного копіngu

Під час аналізу особливостей розподілу обстеженого контингенту за рівнями напруженості дистанціювання були виявлені складні тенденції (табл. 4). Загалом, обстеженому

контингенту був притаманний середній рівень дистанціювання.

У комбатантів з легким стресом однаково часто виявлялись низький і середній рівні напруженості дистанціювання, а з тяжким стресом – середні та високі; в групі з помірним рівнем стресу домінував середній рівень дистанціювання (рис. 4).

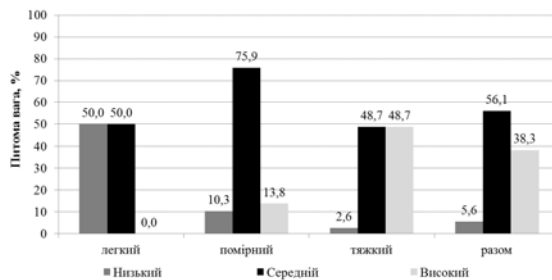


Рис. 4. Розподіл комбатантів за рівнями напруженості дистанціювання

У вимушених переселенців рівень дистанціювання зростав зі збільшенням тяжкості психосоціального стресу (рис. 5).

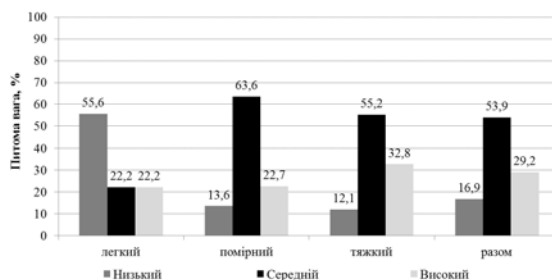


Рис. 5. Розподіл вимушених переселенців за рівнями напруженості дистанціювання

У місцевих мешканців також виявлена тенденція до збільшення рівнів дистанціювання паралельно зростанню тяжкості стресу (рис. 6).

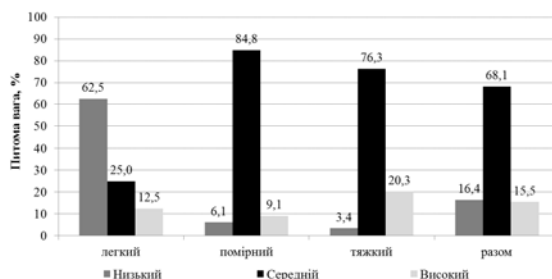


Рис. 6. Розподіл місцевих мешканців за рівнями напруженості дистанціювання

Дослідження особливостей напруженості самоконтролю виявило тенденцію до переважання середніх рівнів цього виду копіngu у хворих з легким психосоціальним і помірним стресом.

Таблиця 4. Розподіл за рівнями напруженості дистанціювання у хворих на АЗ різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Рівень напруженості копінгу	Рівень психосоціального стресу							
	легкий		помірний		тяжкий		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбатанти								
Низький	1	50,0	3	10,3	2	2,6	6	5,6
Середній	1	50,0	22	75,9	37	48,7	60	56,1
Високий	0	0,0	4	13,8	37	48,7	41	38,3
Вимушені переселенці								
Низький	5	55,6	3	13,6	7	12,1	15	16,9
Середній	2	22,2	14	63,6	32	55,2	48	53,9
Високий	2	22,2	5	22,7	19	32,8	26	29,2
Місцеві мешканці								
Низький	15	62,5	2	6,1	2	3,4	19	16,4
Середній	6	25,0	28	84,8	45	76,3	79	68,1
Високий	3	12,5	3	9,1	12	20,3	18	15,5

сом, і низьких – у хворих з тяжким стресом (табл. 5).

У комбатантів з легким стресом були однаково виражені низький і середній рівні са-

У місцевих мешканців, так само, як і у вимушених переселенців, при легкому і помірному стресі домінував середній рівень самоконтролю, а при тяжкому – низький (рис. 9).

Таблиця 5. Розподіл за рівнями напруженості самоконтролю у хворих на АЗ різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Рівень напруженості копінгу	Рівень психосоціального стресу							
	легкий		помірний		тяжкий		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбатанти								
Низький	1	50,0	3	10,3	60	78,9	64	59,8
Середній	1	50,0	26	89,7	16	21,1	43	40,2
Вимушені переселенці								
Низький	1	11,1	6	27,3	44	75,9	51	57,3
Середній	8	88,9	16	72,7	14	24,1	38	42,7
Місцеві мешканці								
Низький	5	20,8	4	12,1	38	64,4	47	40,5
Середній	19	79,2	29	87,9	21	35,6	69	59,5

моконтролю, з помірним – домінував середній, а з тяжким – низький (рис. 7).

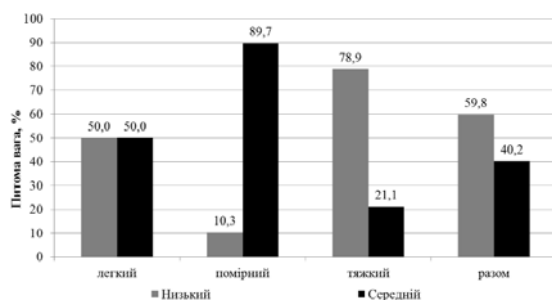


Рис. 7. Розподіл комбатантів за рівнями напруженості самоконтролю

У вимушених переселенців з легким і помірним стресом переважав середній рівень самоконтролю, а з тяжким – низький (рис. 8).

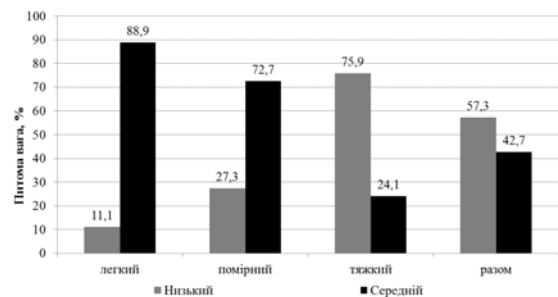


Рис. 8. Розподіл вимушених переселенців за рівнями напруженості самоконтролю

Вивчення особливостей пошуку соціальної підтримки виявило, що хворим з легким рівнем психосоціального стресу більш притаманні середні та високі його рівні, з помірним – високі, а з тяжким – середні (табл. 6).

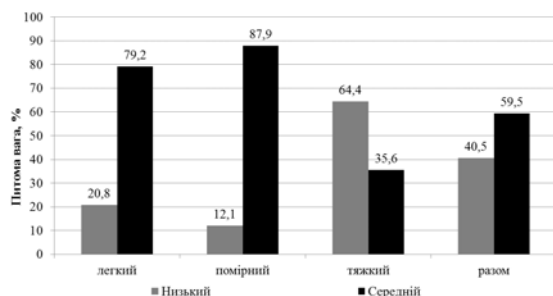


Рис. 9. Розподіл місцевих мешканців за рівнями напруженості самоконтролю

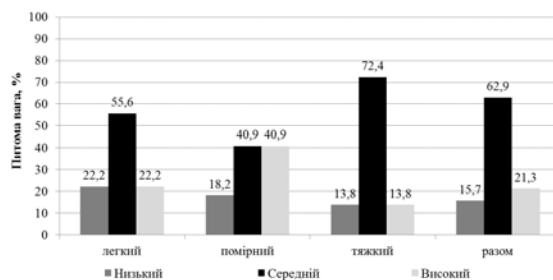


Рис. 11. Розподіл вимушених переселенців за рівнями напруженості пошуку соціальної підтримки

Таблиця 6. Розподіл за рівнями напруженості пошуку соціальної підтримки у хворих на АЗ різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Рівень напруженості копінгу	Рівень психосоціального стресу							
	легкий		помірний		тяжкий		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбатанти								
Низький	0	0,0	4	13,8	15	19,7	19	17,8
Середній	1	50,0	4	13,8	59	77,6	64	59,8
Високий	1	50,0	21	72,4	2	2,6	24	22,4
Вимушені переселенці								
Низький	2	22,2	4	18,2	8	13,8	14	15,7
Середній	5	55,6	9	40,9	42	72,4	56	62,9
Високий	2	22,2	9	40,9	8	13,8	19	21,3
Місцеві мешканці								
Низький	4	16,7	4	12,1	1	1,7	9	7,8
Середній	5	20,8	5	15,2	56	94,9	66	56,9
Високий	15	62,5	24	72,7	2	3,4	41	35,3

У комбатантів з легким стресом однаково часто виявляли високий та середній рівні пошуку соціальної підтримки, з помірним – переважав високий рівень, а з тяжким – середній (рис. 10).

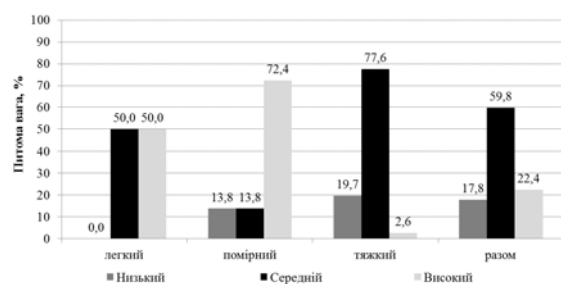


Рис. 10. Розподіл комбатантів за рівнями напруженості пошуку соціальної підтримки

Вимушеним переселенцям переважно був притаманний середній рівень пошуку соціальної підтримки (рис. 11).

У місцевих мешканців з легким та помірним стресом частіше виявляли високий рівень пошуку соціальної підтримки, а з тяжким – середній (рис. 12).

Прийняття відповідальності виявлялось переважно на середньому рівні, ця тенденція

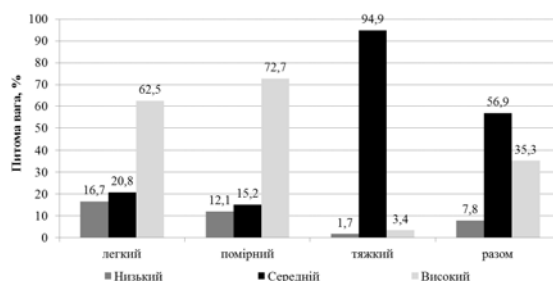


Рис. 12. Розподіл місцевих мешканців за рівнями напруженості пошуку соціальної підтримки

була більш притаманна місцевим мешканцям, і меншою – комбатантам і вимушеним переселенцям (табл. 7).

У комбатантів з легким стресом однаково часто виявлявся низький і середній рівні прийняття відповідальності, з помірним – домінував середній, а з тяжким – низький рівень (рис. 13).

У вимушених переселенців переважав середній рівень прийняття відповідальності (рис. 14).

Аналогічна тенденція була виявлена у місцевих мешканців (рис. 15).

Щодо механізму копінгу втеча – уникнення, то при легкому та помірному рівнях стресу



Таблиця 7. Розподіл за рівнями напруженості прийняття відповідальності у хворих на АЗ різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Рівень напруженості копінгу	Рівень психосоціального стресу							
	легкий		помірний		тяжкий		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбатанти								
Низький	1	50,0	5	17,2	46	60,5	52	48,6
Середній	1	50,0	24	82,8	30	39,5	55	51,4
Вимушені переселенці								
Низький	4	44,4	9	40,9	21	36,2	34	38,2
Середній	5	55,6	13	59,1	37	63,8	55	61,8
Місцеві мешканці								
Низький	4	16,7	10	30,3	20	33,9	34	29,3
Середній	20	83,3	23	69,7	39	66,1	82	70,7

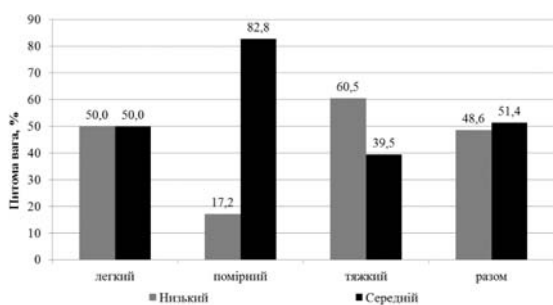


Рис. 13. Розподіл комбатантів за рівнями напруженості прийняття відповідальності

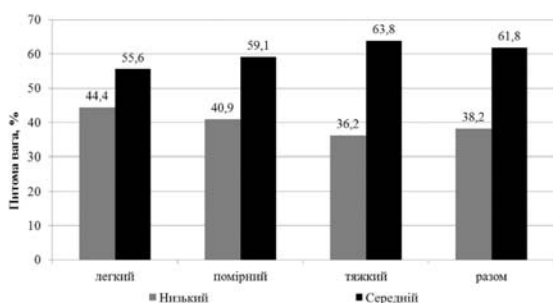


Рис. 14. Розподіл вимушених переселенців за рівнями напруженості прийняття відповідальності

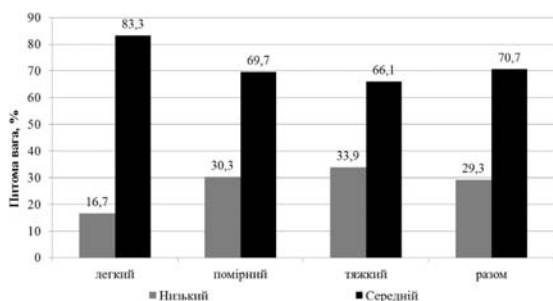


Рис. 15. Розподіл місцевих мешканців за рівнями напруженості прийняття відповідальності

У комбатантів виявлено складний характер розподілу, в залежності від важкості стресу (рис. 16).

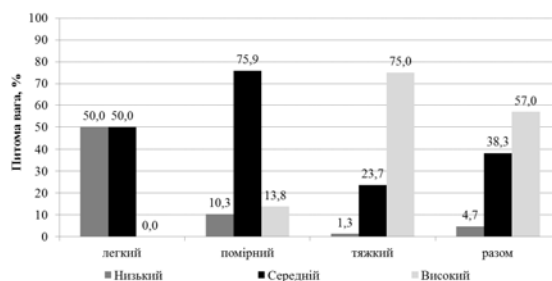


Рис. 16. Розподіл комбатантів за рівнями напруженості копінгу «втеча–уникнення»

У вимушених переселенців з легким і помірним стресом переважав середній рівень, а з тяжким – високий (рис. 17).

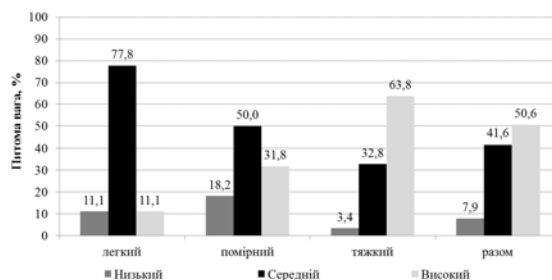


Рис. 17. Розподіл вимушених переселенців за рівнями напруженості копінгу «втеча–уникнення»

У місцевих мешканців з легким стресом домінував високий рівень даного копінгу, а з помірним і тяжким – середній (рис. 18).

Під час аналізу особливостей напруженості копінг-механізму планування вирішення проблеми було виявлено тенденцію до зменшення рівня цієї стратегії зі зростанням важкості стресу (табл. 9).

Зазначена тенденція була виявлена у комбатантів (рис. 19).

су переважав середній його рівень, а при тяжкому – високий (табл. 8).

Таблиця 8. Розподіл за рівнями напруженості копінгу втеча–уникнення у хворих на АЗ різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Рівень напруженості копінгу	Рівень психосоціального стресу							
	легкий		помірний		тяжкий		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбатанти								
Низький	1	50,0	3	10,3	1	1,3	5	4,7
Середній	1	50,0	22	75,9	18	23,7	41	38,3
Високий	0	0,0	4	13,8	57	75,0	61	57,0
Вимушені переселенці								
Низький	1	11,1	4	18,2	2	3,4	7	7,9
Середній	7	77,8	11	50,0	19	32,8	37	41,6
Високий	1	11,1	7	31,8	37	63,8	45	50,6
Місцеві мешканці								
Низький	11	45,8	3	9,1	2	3,4	16	13,8
Середній	12	50,0	26	78,8	13	22,0	51	44,0
Високий	1	4,2	4	12,1	44	74,6	49	42,2

Таблиця 9. Розподіл за рівнями напруженості планування вирішення проблеми у хворих на АЗ різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу

Рівень напруженості копінгу	Рівень психосоціального стресу							
	легкий		помірний		тяжкий		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбатанти								
Низький	0	0,0	12	41,4	7	9,2	19	17,8
Середній	1	50,0	16	55,2	68	89,5	85	79,4
Високий	1	50,0	1	3,4	1	1,3	3	2,8
Вимушені переселенці								
Низький	2	22,2	4	18,2	11	19,0	17	19,1
Середній	6	66,7	16	72,7	46	79,3	68	76,4
Високий	1	11,1	2	9,1	1	1,7	4	4,5
Місцеві мешканці								
Низький	6	25,0	18	54,5	2	3,4	26	22,4
Середній	14	58,3	14	42,4	50	84,7	78	67,2
Високий	4	16,7	1	3,0	7	11,9	12	10,4

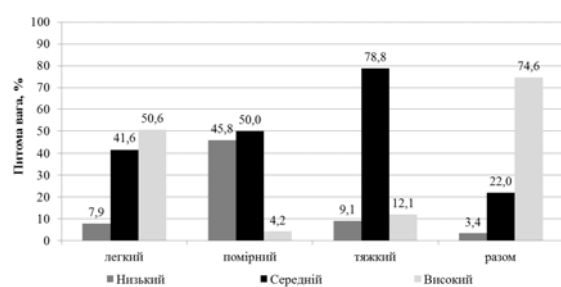


Рис. 18. Розподіл місцевих мешканців за рівнями напруженості копінгу втеча–уникнення

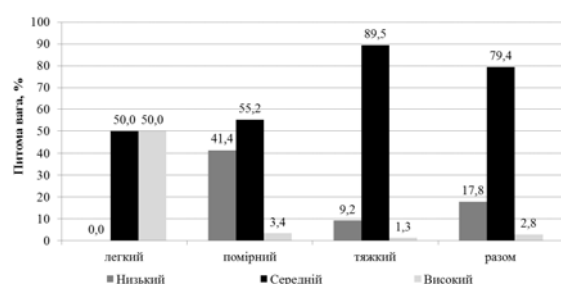


Рис. 19. Розподіл комбатантів за рівнями напруженості планування вирішення проблеми

У вимушених переселенців також виявлено тенденцію до збільшення рівня даного копінгу зі збільшенням важкості стресу (рис. 20).

У місцевих мешканців тенденції були більш складними: найменші рівні вираженості даного копінгу виявились притаманні хворим з помірним рівнем стресу (рис. 21).

Аналогічні тенденції були характерні також для копінг-стратегії позитивної переоцінки (табл. 10).

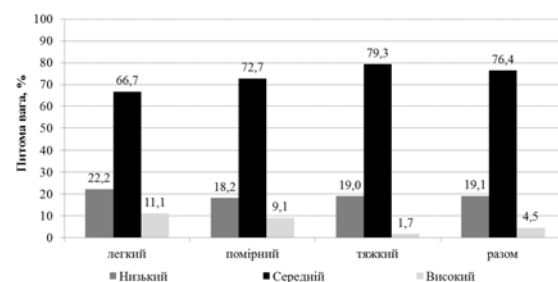


Рис. 20. Розподіл вимушених переселенців за рівнями напруженості планування вирішення проблеми

Таблиця 10. Розподіл за рівнями напруженості позитивної переоцінки у хворих на АЗ різних соціальних груп та різним з рівнем психосоціального стресу

Рівень напруженості копінгу	Рівень психосоціального стресу							
	легкий		помірний		тяжкий		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Комбатанти								
Низький	0	0,0	6	20,7	35	46,1	41	38,3
Середній	1	50,0	21	72,4	40	52,6	62	57,9
Високий	1	50,0	2	6,9	1	1,3	4	3,7
Вимушені переселенці								
Низький	3	33,3	8	36,4	16	27,6	27	30,3
Середній	4	44,4	13	59,1	41	70,7	58	65,2
Високий	2	22,2	1	4,5	1	1,7	4	4,5
Місцеві мешканці								
Низький	2	8,3	5	15,2	21	35,6	28	24,1
Середній	12	50,0	26	78,8	37	62,7	75	64,7
Високий	10	41,7	2	6,1	1	1,7	13	11,2

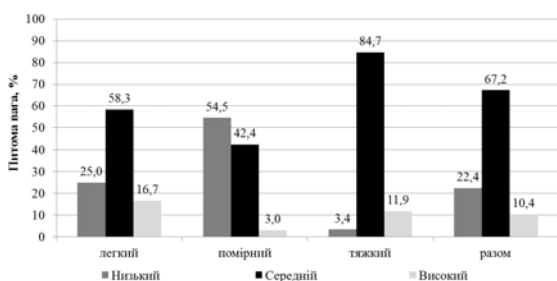


Рис. 21. Розподіл місцевих мешканців за рівнями напруженості планування вирішення проблеми

У комбатантів з легким стресом були однаково поширені середній та високий рівні даного копінгу, з помірним і тяжким – переважав середній рівень (рис. 22).

У вимушених переселенців найбільшою виявилась питома вага середнього рівня, при цьому спостерігалась тенденція до зростання цього рівня паралельно з важкістю психосоціального стресу (рис. 23).

У місцевих мешканців також переважав середній рівень позитивної переоцінки, у хво-

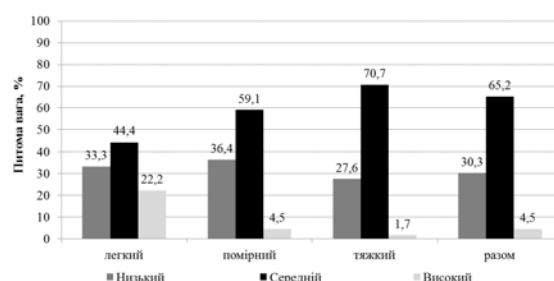


Рис. 23. Розподіл вимушених переселенців за рівнями напруженості позитивної переоцінки

рих з легким стресом значною також була питома вага високого рівня, а з тяжким – низького (рис. 24).

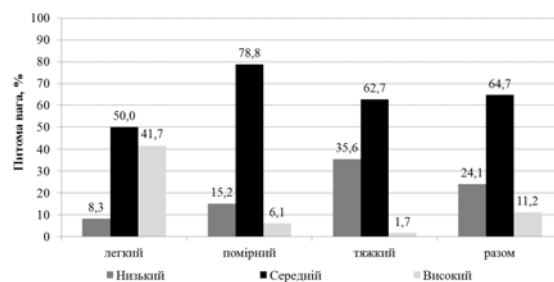


Рис. 24. Розподіл місцевих мешканців за рівнями напруженості позитивної переоцінки

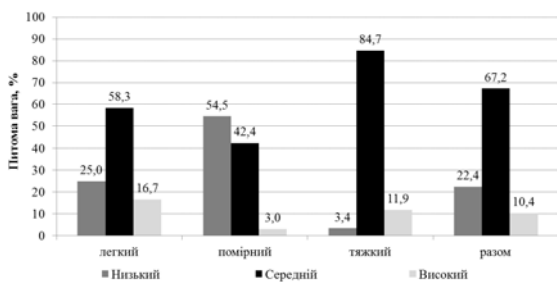


Рис. 22. Розподіл комбатантів за рівнями напруженості позитивної переоцінки

### Висновки

У хворих на АЗ копінговий репертуар є деформованим, що не забезпечує належний адаптаційний і стрес-протективний ресурс індивіда, та є одним з патогенетичних індивідуально-поведінкових чинників розвитку АЗ.

Загальним трендом щодо розподілу вираженості окремих копінг-механізмів у хворих на АЗ різних соціальних груп та з різним рівнем стресу, є зниження напруженості використання таких поведінкових стратегій, як планомірне

вирішення проблеми і позитивна переоцінка, та дещо підвищена напруженість за стратегією дистанціювання.

Закономірності розподілу поведінкових стратегій практично не мають специфічності у хворих на АЗ різних соціальних груп (окрім зниження здатності до пошуку соціальної підтримки та прийняття відповідальності у вимушених переселенців), проте, встановлені особливості їх розподілу у пацієнтів в залежності від рівня психосоціального стресу.

Розподіл напруженості копінг-механізмів у пацієнтів з АЗ демонструє як лінійну, так і зворотнєлінійну асоційованість з рівнем психосоціального стресу, що випробовують хворі: зі зростанням стресового навантаження використання конструктивних стратегій (самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка) зменшується, а неконструктивних (конфронтація, дистанціювання, втеча – уникнення) – збільшується.

Враховуючи встановлений факт, що вираженість розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, лінійно асоційована з вираженістю психосоціального стресу, який випробовують хворі, можна стверджувати, що з деструктивною трансформацією копінг-поведінкового репертуару асоційовано відбувається

потягнення клінічної симптоматики АЗ, та навпаки.

З огляду на участь копінг-механізмів і стресового навантаження у розвитку й прогресуванні АЗ, ідентифікація первинності впливу кожного з них на даний процес, є складною. Можна припустити, що в даному випадку мова йде про стрижнево-патопластичний механізм взаємодії цих феноменів: визначальне викривлення копінг-репертуару обумовлювало підвищену стрес-вразливість, що сприяло виникненню стресової дезадаптації з усім спектром патологічних проявів і наслідків синдрому психоемоційної напруги, що мало предикторно-тригерний ефект і потенціювало дію інших патогенетичних чинників розвитку і прогресування АЗ, що, в свою чергу, призводило до посилення стресового навантаження та подальшого зниження адаптивного копінг-ресурсу.

Враховуючи викладені результати, перспективою подальших досліджень є створення системи таргетно персоніфікованих лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів, з урахуванням стрижнево-патопластичної дії механізму взаємодії копінгу і психосоціального стресу в процесі розвитку і прогресування АЗ, і впровадження її в існуючу комплексну систему надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на АЗ.

### Література

1. Alcohol: Key facts // <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> 21 September 2018.
2. Сочинська С. За рівнем споживання алкоголю Україна – шоста у світі. 11.07.2018. [Електронний ресурс] // <https://wz.lviv.ua/news/374076>.
3. Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні. Public Disclosure Authorized: Міжнародний медичний корпус за підтримки групи Світового Банку, 2018. – 141 с.
4. Шувера О. В. Судово-фармацевтичні основи удосконалення заходів протидії при алкогольній залежності (F 10.2): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фарм. наук: спец. 15.00.01 / О. В. Шувера. – НМАПО ім. П.Л.Шупика, 2017. – 24 с.
5. Palmisano M. Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders / M. Palmisano, S. C. Pandey // Alcohol. – 2017. – May. – Vol. 60. – P. 7–18.
6. Марута Н. О. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання / Н. О. Марута, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2015. Т. 23, вип. 3 (84). – С. 21–28.
7. Маркова М. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія. – 2015. – № 1 (37). – С. 8–13.
8. Информационно-психологическая война как макросоциальный стрессовый фактор развития дезадаптивных состояний у гражданского населения: патогенетическая модель и основы психокоррекции / М. В. Маркова, А. Р. Марков, Н. К. Агишева, С. А. Мартиненко // Психиатрия, психотерапия, клиническая психология. – 2017. – № 4. – С. 534–546.
9. Becker H. C. Effects of alcohol dependence and withdrawal on stress responsiveness and alcohol consumption // Alcohol Research. – 2012. – Vol. 34 (4). – P. 448–458.

10. Cadet J. L. Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications / J. L. Cadet // *Molecular Neurobiology*. – 2016. – Vol. 53 (1). – P. 545–560.
11. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу / К. Д. Гапонов // *Український вісник психоневрології*. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 104–109.
12. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти / К. Д. Гапонов // *Український вісник психоневрології*. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 54–60.
13. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера / пер. с англ. Д. Полтавца]. – К.: Сфера, 2000. – 416 с.
14. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care / T. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro // WHO, Geneva. – 2001. – 28 p.
15. Спосіб діагностики клінічної специфіки і прогнозу перебігу алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу / І. К. Сосін, К. Д. Гапонов, О. Ю. Гончарова, М. В. Маркова // *Інформаційний лист МОЗ України № 249–2018*. – 4 с.
16. Lasarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. NY: Springer, 1984.
17. Крюкова Т. Л., Куфтяк Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // *Журнал практического психолога*. – 2007. – № 3. – С. 93–112.

### References

1. Alcohol: Key facts // <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> 21 September 2018.
2. Sochins'ka S. (11.07.2018). Za rivnem spozhyvannya alkoholyu Ukrayina – shosta u sviti [By the level of alcohol consumption Ukraine is the sixth largest in the world]. Retrieved from // <https://wz.lviv.ua/news/374076> [in Ukrainian].
3. Psykhichne zdorov'ya na perekhidnomu etapi: rezul'taty otsynyuvannya ta rekomendatsiyi dlya intehratsiyi okhorony psykhichnoho zdorov'ya v systemu pervynnoyi medychnoyi dopomohy ta hromadski platformy v Ukrayini [Mental Health at a Transition: Evaluation Results and Recommendations for the Integration of Mental Health into the Primary Health Care System and Public Platforms in Ukraine] (2018). Public Disclosure Authorized: *Mizhnarodnyy medychnyy korpus za pidtrymky hrupy Svitovoho Banku – Public Disclosure Authorized: International Medical Corps with the support of the World Bank Group*, 141 p. [in Ukrainian].
4. Shuvera O.V. (2017). Sudovo-farmatsevtichni osnovy udoskonalennya zakhodiv protydyi pry alkohol'niy zalezhnosti (F 10.2) [Forensic and Pharmaceutical Foundations of Improvement of Measures to Resist Under Alcohol Dependence (F 10.2)]. *Author's abstract. dis for the sciences. Degree Candidate farm Sciences: special 15.00.01*, NMAPO them. PL Shupika [in Ukrainian].
5. Palmisano M., Pandey S.C. (2017). Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders. *Alcohol*, May, vol. 60, pp. 7–18.
6. Maruta N.O., Markova M.V. (2015). Informatsiyno-psykhologichna viyna yak novyy vyklyk suchasnosti: stan problemy ta napryamky yiyi podolannya [Information-psychological war as a new challenge for the present: the state of the problem and the direction of overcoming it]. *Ukrayins'kyi visnyk psykhonevrolohiyi – Ukrainian Bulletin of Psychoneurolog*, vol. 23, № 3 (84), pp. 21–28 [in Ukrainian].
7. Markova M.V., Kozyra P.V. (2015). Post-stresovi dezadaptivni stany na tli sotsial'nykh zmin: analiz problemy [Post-stress deadaptive states on the background of social changes: problem analysis]. *Medychna psykhologhiya – Medical psychology*, № 1 (37), pp. 8–13 [in Ukrainian].
8. Markova M.V., Markov A.R., Agisheva N.K., Martinenko S.A. (2017). Informatsionno-psykhologicheskaya voyna kak makrosotsial'nyy stresovyy faktor razvitiya dezadaptivnykh sostoyaniy u grazhdanskogo naseleniya: patogeneticheskaya model' i osnovy psikhokorreksii [Information-psychological warfare as a macrosocial stress factor in the development of maladaptive states in the civilian population: pathogenetic model and psycho-correction basis]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya, klinicheskaya psikhologiya – Psychiatry, psychotherapy, clinical psychology*, № 4, pp. 534–546 [in Russian].
9. Becker H.C. (2012). Effects of alcohol dependence and withdrawal on stress responsiveness and alcohol consumption. *Alcohol Research*, vol. 34 (4), pp. 448–458.

10. Cadet J.L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications. *Molecular Neurobiology*, vol. 53 (1), pp. 545–560.
11. Gaponov K.D. (2018). Alkohol'na zalezhnist' i sotsial'nyy stres: biokhimichni, neyrofiziologichni i psykhosotsial'ni mekhanizmy vzayemovplyvu [Alcohol dependence and social stress: biochemical, neurophysiological and psychosocial mechanisms of mutual influence]. *Ukrayins'kyy visnyk psykhonevrolohiyi – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 26, № 1 (94), pp. 104–109 [in Ukrainian].
12. Gaponov K.D. (2016). Alkohol'na zalezhnist' v umovakh sotsial'noho stresu: epidemiologichni, klinichni i likuval'ni aspekty [Alcohol dependence in conditions of social stress: epidemiological, clinical and medical aspects]. *Ukrayins'kyy visnyk psykhonevrolohiyi – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 24, № 4 (89), pp. 54–60 [in Ukrainian].
13. Cooper J.E. (Eds.) (2000). *Karmannoye rukovodstvo k MKB-10: Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv (s glossariyem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriteriyami)* [Pocket Guide to ICD-10: Classification of Mental and Behavioral Disorders (with a glossary and research diagnostic criteria)]. (Per. from ang. D. Poltavets), K.: Sphere, 416 p. [in Russian].
14. Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B., Monteiro M. G. (2001). AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. WHO, Geneva, 28 p.
15. Sosin I.K., Gaponov K.D., Goncharova O.Yu., Markova M.V. Sposib diahnostryky klinichnoyi spetsyfyky i prohnozu perebihu alkohol'noyi zalezhnosti u osib riznym psykhotraumatychnym dosvidom i rivnem psykhosotsial'noho stresu. [Method of diagnostics of clinical specificity and prognosis of the course of alcohol dependence in people with different psychotraumatic experiences and levels of psychosocial stress]. *Informatsiynyy lyst MOZ Ukrayiny № 249–2018* – Information letter of the Ministry of Health of Ukraine No. 249-2018, 4 p. [in Ukrainian].
16. Lasarus R., Folkman S. (1984). Stress, appraisal and coping. NY: Springer.
17. Kryukova, T.L., Kuftyak, E.V. (2007). Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ) [A coping survey questionnaire (adaptation of the WCQ methodology)]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa – Journal of a Practical Psychologist*, vol. 3, pp. 93–112 [in Russian].

**К.Д. Гапонов**

#### **ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО КОПИНГОВОГО РЕПЕРТУАРА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА**

Для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетом отягчающего действия стресса на специфику поведенческого репертуара у лиц, зависимых от алкоголя, в ходе работы был проведен анализ особенностей копинг-стратегий у больных с различным уровнем психосоциального стресса. Установлено, что у пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) копинговый репертуар является деформированным, что не обеспечивает надлежащий адаптационный и стресс-протективный ресурс индивида, и является одним из патогенетических индивидуально-поведенческих факторов развития АЗ. Закономерности распределения поведенческих стратегий практически не имеют специфичности у больных АЗ различных социальных групп, однако, установлены особенности их распределения у пациентов в зависимости от уровня психосоциального стресса: с ростом стрессовой нагрузки использование конструктивных стратегий уменьшается, а неконструктивных – увеличивается. Учитывая установленный факт, что выраженность расстройств, связанных с употреблением алкоголя, линейно ассоциирована с выраженностью психосоциального стресса, который испытывают больные, можно утверждать, что с деструктивной трансформацией копингового поведенческого репертуара ассоциировано происходит утяжеление клинической симптоматики АЗ, и наоборот. Выявленные закономерности должны учитываться при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий лиц, страдающих АЗ.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, психосоциальный стресс, копинг-поведение.

**К.Д. Гапонов**

#### **PECULIARITIES OF BEHAVIORAL COPING REPERTOIRE IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE WITH DIFFERENT LEVELS OF PSYCHOSOCIAL STRESS**

In order to understand the ways of modification of existing therapeutic and rehabilitation strategies taking into account the burdensome stress effects on the specifics of the behavioral repertoire in individuals addicted to alcohol, in the course of the work, an analysis of the features of the coping strategies in patients with different levels of psychosocial stress was conducted. It has been established that in patients with alcohol dependence, the coping repertoire is deformed, which does not provide the proper adaptation

and stress-protective resource of the individual, and is one of the pathogenetic individual and behavioral factors of the development of alcohol dependence. The patterns of the distribution of behavioral strategies practically have no specificity in patients with alcohol dependence of different social groups increases. Taking into account the established fact that the severity of alcohol-related disorders is linearly associated with the severity of psychosocial stress experienced by patients, it can be stated that the destructive transformation of the coping behavioral repertoire is associated with the strain of clinical symptoms of alcohol dependence, and vice versa. The revealed peculiarities should be taken into account when developing treatment, rehabilitation and preventive measures for persons suffering from alcohol dependence.

**Keywords:** *alcohol dependence, psychosocial stress, coping behavior.*

*Надійшла до редакції 11.02.2019*

### **Контактна інформація**

*Гапонов Костянтин Дмитрович* – кандидат медичних наук, головний лікар КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер», доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Адреса: Україна, 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.

Тел.: +380506692966.

E-mail: kostiantyn1807@gmail.com.

ORCID: 0000-0002-2835-1027.