

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-8-84-12>

УДК 616.89-008

Власенко А.А.ГВУЗ «Университет менеджмента образования»
Национальной академии педагогических наук Украины

О ПСИХОДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА

Аннотация. В статье на основе анализа современных научных достижений и профессионального опыта автора рассматриваются причины возникновения и природа алкоголизма. Акцентируется психодиагностика алкоголизма на ранних стадиях его возникновения, когда, несмотря на трудности диагностирования, эффективность лечения алкоголизма существенно выше, чем при запущенных его формах. Предлагается комплексный алгоритм психодиагностирования базирующийся на чередовании малоформализованных и строго формализованных методик. Для выявления алкоголизма на ранних стадиях предлагаются скрининг-тесты CAGE и AUDIT. Для квалификации текущего состояния алкоголика и прогноза для планирования его лечения предлагается опросник СМИЛ. Предлагается принятие алкоголя как элемент защитной реакции на психотравмирующие воздействия стрессогенной среды, внутрличностных конфликтов и кризисов. Акцентируется толерантность в отношении алкоголика, предлагается ряд мер по смягчению психотравмирующего воздействия на него со стороны нетолерантной окружающей среды.

Ключевые слова: алкоголь, алкоголик, алкоголизм, толерантность к алкоголику, психодиагностика алкоголизма, тестирование на алкоголизм.

Vlasenko AndriiUniversity of Education Management of the
National Academy of Educational Sciences of Ukraine

PSYCHODIAGNOSTICS OF ALCOHOLISM

Summary. The author, based on latest research findings and his professional experience, examines the causes and nature of alcoholism. The author analyzes the psychodiagnostics of alcoholism in its early stages, when the effectiveness of its treatment is significantly higher than in advanced forms. The complex psychodiagnostics uses non-formalized and formalized methods, which include the collection of information about the alcoholic without a direct personal contact with them, psychological testing, and clarifying conversation. An important part of collecting information about the patient is the identification of social, psychological and biological risk factors in alcoholism development. The author defines alcohol addiction as a defensive reaction of an individual to traumatic influences that helps him/her to cope with the toxic effects of a stressful environment, intrapersonal conflicts and/or personal crises. Diagnosing alcoholism in its early stages using psychological testing is a key component of alcoholism treatment. For this, the CAGE and AUDIT screening tests are offered. To qualify the current state of an alcoholic and plan their treatment, the author proposes to use the SMIL questionnaire (an adaptation of MMPI test), which also provides a lot of indirect information about the alcoholic's personality. The author also discusses adolescent alcoholism, which should be distinguished from adult alcoholism at the stage of psychological testing. A clarifying conversation as the final stage of alcoholism psychodiagnostics should be carried out in the most delicate form. An important element here is tolerance to alcoholic's weaknesses. The final stage of diagnosis has a great effect on the effectiveness of subsequent therapy, since it is at this stage, that the process of the alcoholic's awareness of their problem begins. Unbiased information in the media and a special policy towards alcoholics could help to change the negative attitude in society towards persons suffering from this pathology. Identifying the causes of alcoholism is a key objective of all stages of alcoholism psychodiagnostics.

Keywords: alcohol, alcoholic, alcoholism, tolerance towards alcoholics, alcoholism psychodiagnostics, alcoholism testing.

Постановка проблемы. В процессе перехода от социальной государственной модели к модели либеральной, связанных с этим напряженности в общественных взаимоотношениях демпфировать повышенные психологические нагрузки, приходящиеся на личность человека, может принятие внутрь этанолсодержащих жидкостей (алкогольных напитков). Рост алкоголизма в обществе во многом является ответом на психотравмирующие социальные вопросы и порождаемые ими личностные противоречия [6], что актуализирует диагностику алкоголизма, сближает исследования в области диагностики алкоголизма с социальной проблематикой.

С юридической точки зрения, диагностика алкоголизма важна при определении трудоспособности, дееспособности, вменяемости человека.

Таким образом, диагностика алкоголизма приобретает важное мультидисциплинарное

значение, а точность и быстрота (лучшая, чем при методах наблюдения и опроса) в определении психопатологии актуализирует именно психодиагностику в выявлении алкоголизма, ее применение в диагностической практике.

Анализ последних исследований и публикаций. Психодиагностика алкоголизма изучается рядом ученых: Б.В. Михайлов, А.И. Минко, Г.А. Мусиенко, А.А. Сердюк и В.Н. Шпаченко в своих теоретических исследованиях ретроспективы возникновения различных методов психодиагностики алкоголизма, рассматривают их происхождение, распространенность и эффективность. В описании широкой палитры предложенных тестов заметна тенденция к их систематизации [7; 8 и др.].

А.Ю. Ненастьева, выделяет тесты по выявлению алкоголизма в три группы: скрининг-тесты, квалификация текущего состояния, прогноз для

планирования лечения. Анализируя тесты с точки зрения общей наркологии рассматривает их на предмет эффективности при разных клинических картинах [10].

Л.Н. Собчик предлагая авторский тест СМИЛ как единый универсальный метод исследования психики и выявления патологий, исходя из комплексной картины личности, изучает возможности диагностирования алкоголизма при помощи анализа профиля СМИЛ [11; 12 и др.].

Хотелось бы отметить, что современные исследования по психодиагностике алкоголизма ведутся либо в общетеоретическом направлении по обзору и систематизации существующих тестов, либо по внедрению в клиническую практику тестов новых, эффективность диагностирования алкоголизма которыми может быть подтверждена лишь в определенных случаях.

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. Таким образом, определилась необходимость выработки комплексных подходов к психодиагностике алкоголизма. А то, что алкоголизм на ранних стадиях его возникновения диагностируется труднее, но лечится легче, актуализирует изучение комплексных алгоритмов по диагностике на данном этапе его развития.

Цель работы – на основании анализа методик психодиагностики алкоголизма, выявления важных их компонентов, определение алгоритма психодиагностики алкоголизма на ранних стадиях его возникновения.

Изложение основного материала. Алкоголизм – это болезнь, характеризующаяся психологической и физиологической зависимостью от употребления алкогольных напитков.

После попадания в человека этанол поэтапно разлагается и выводится из организма. Ключевое значение в этом процессе отводится печени. Процесс расщепления этанола в печени человека происходит в две стадии: сначала – в ацетальдегид, а затем ацетальдегид окисляется в безопасную уксусную (этановую) кислоту. Так происходит окисление 80-90% всего этанола. Будучи основным метаболитом этанола «ацетальдегид циркулирует во внутренней среде, легко проникает через клеточные мембраны и крайне токсичен. Токсичность алкоголя во многом определяется эффектами именно ацетальдегида» [5, с. 426]. Учитывая это, а также невозможность алкоголика самостоятельно ограничить количество поглощаемого алкоголя, регулярно вводящего в биохимическую систему своего организма аномально большое количество этанола (существенно превышающее физиологическую норму), П.Ф. Литвицкий относит алкоголизм к разновидности токсикомании [5].

Поскольку алкоголизм в процессе своего развития (вторая и третья стадия) усиливает характерные внешние проявления (лицо пастозное, розоватого или красноватого цвета; снижение тургора кожи; общий вид старше своих лет; тремор и т. д.), обостряет девиантность бихевиоральных проявлений, что существенно облегчает его диагностику, большую важность приобретает диагностика алкоголизма на первой стадии. Кроме того, лечение ранней стадии патологии существенно легче, чем ее запущенной формы. Таким образом, на начальной стадии, когда внешние

проявления алкоголизма не столь очевидны, а терапия проходит легче значение психодиагностики возрастает.

Исходя практического опыта, выделяем три этапа в диагностировании алкоголизма на ранней стадии его развития.

Первый этап – сбор информации до личного контакта с субъектом: беседы с членами семьи и друзьями, наведение справок на работе, иных местах его коммуникации, что позволяет составить предварительный психологический портрет. Важной целью первого этапа является определение факторов риска: «социальных (например, низкий уровень материальной обеспеченности, информационные перегрузки, нестабильные периоды развития общества и личности, стрессы, национальные обычаи, окружающая социальная среда и др.); психологических (низкая социальная адаптированность, слабый тип высшей нервной деятельности); биологических (наследственная предрасположенность к применению психоактивных веществ)» [4, с. 52].

Второй этап – психологическое тестирование, по результатам которого, собственно, и выявляется наличие или отсутствие у субъекта алкоголизма.

В случае позитивного тестового результата проводится третий этап определяющийся, как беседа, в ходе которой уточняются психологический портрет алкоголика, причины возникновения алкоголизма и возможности психотерапевтического влияния на него. Настаиваем здесь именно на беседе (не интервью), как наиболее мягкой форме коммуникации, наиболее располагающей к откровенности в ответах.

На первом этапе важно понимать – несмотря на то, что объединяющим фактором для данных субъектов является наличие определенной патологии, причины ее возникновения могут существенно отличаться, а причиной девиантного поведения, безусловно, является болезнь и соответствующие болевые реакции, которые купирует принятие алкоголя – *Durch Leiden zu Freude* (нем.). Употребление алкоголя является важным элементом в арсенале защитных реакций на психотравмирующие воздействия, фактором, помогающим человеку справиться с токсичным влиянием стрессогенной среды, внутриличностных конфликтов и кризисов.

Примером важной демпфирующей социальные противоречия и конфликты функции алкоголя является несомненный факт того, что бесперебойное производство алкогольной продукции в СССР существенно укрепляло интеракции внутри социума, снижало недовольство от недостатков в работе остальных предприятий пищевой. Однако постоянное применение этого средства, иницируя *зависимость*, обращало позитивный потенциал по ниспадающей к нулю.

Диагностика алкоголизма посредством тестирования являясь ключевой компонентой в процессе психодиагностического выявления данной патологии «представляет собой формализованный (квантифицированный) метод, предусматривающий выявление косвенным путем реакций на разного рода стимулы в сравнительном анализе со среднестатистическими нормами» [11, с. 17]. Тестирование исключает влияние субъективного фактора (особенности

психики, наличие подсознательных предубеждений и стереотипов самого психодиагносты) в процессе диагностирования, перевода личностные характеристики тестируемого в количественные показатели объективной цифры.

Как наиболее применимый можно выделить Мичиганский алкогольный скрининг-тест (MAST), эффективность которого достигает 98% [13, с. 23] (в опросном листе 24 вопроса), однако широкий смысловой и временной охват жизни опросником снижает вероятность обнаружения проблемы на ранних стадиях алкоголизма.

А.И. Минко, Б.В. Михайлов, Г.А. Мусиенко, А.А. Сердюк своих в работах по систематизации методик выявления алкогольной аддикции [7; 8], отмечают обилие предлагаемых иностранными западными наркологами психологических тестов. Отмечается также и общая достаточно низкая их эффективность, «избыточная трудоёмкость, зависимость результата их применения от установки (агрессия–диссимуляция) опрашиваемого» [7, с. 98]. Например, достоверность краткого опросника (KFA) определения риска алкоголизма не превышает 0,81 (корреляция с внешним критерием диагноза) [14], тест MALT выявляет не более 62,5% больных, а GHO-60 – 69% [7].

Хорошо зарекомендовал себя разработанный на основе MAST тест CAGE, состоящий из четырех вопросов, при этом два положительных ответа на которые уже позволяют диагностировать раннюю стадию алкоголизма, а по мере роста количества положительных ответов растет и оценка тяжести данной патологии. Краткость и простота теста позволяет без труда, включая его в обычную беседу получать максимально открытые ответы [10]. Но краткость и простота определяют и его приблизительность, из чего следует эффективность его применения в качестве теста предварительного.

В результате международного кооперативного проекта ВОЗ был разработан тест AUDIT. Чувствительность данного теста составляет 92% [10], а десять вопросов, охватывая период жизни субъекта за один год, акцентируют обнаружение алкоголизма на начальной его стадии. Первые три вопроса касаются потребления алкоголя, следующие три – алкогольной зависимости, последние четыре вопроса касаются влияния потребления алкоголя на взаимоотношения с окружающей социальной средой. Учитывается и гендерный вопрос, например, на высокую вероятность опасного и вредного потребления алкоголя указывает набор восьми баллов у тестируемых мужчин и семи у женщин.

Таким образом, для предварительного тестирования начальной фазы алкоголизма можно рекомендовать сочетание CAGE и AUDIT, как, на наш взгляд, наиболее эффективно взаимодействующих.

При отрицательном результате предварительного тестирования возникает потребность в проверке диагностируемого на правдивость предоставляемых данных. При положительном результате предварительного тестирования возникает потребность получения более полного, «многогранного рисунка личности (в контексте состояния, обусловленного текущей ситуацией) или структуры болезненных изменений,

вплетенных в канву личностных особенностей» [11, с. 59]. На данном этапе углубления тестового исследования предлагаем к использованию разработанную Л.Н. Собчик адаптацию Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРІ) – Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ).

ММРІ был создан на основе эмпирического подхода и изначально обладал такими недостатками как атеоретичность и плохая валидность. При его разработке контрольная группа состояла из небольшого числа в основном молодых, белых и женатых людей из сельских районов Среднего Запада США. При этом С.Р. Хэтэуэй и Д.Ч. Маккинли (авторы опросника) презентовали ММРІ, как универсальный опросник применимый и для иных социальных групп. Следует отметить неоднократное обновление ММРІ с целью повышения его точности, устранения расистских и гендерных предрассудков. Критично оценивая исходный опросник, отмечая «условность нозологических границ, а интерпретационный подход авторов ММРІ как весьма примитивный и неполный» [11, с. 60], Л.Н. Собчик в процессе адаптации комплексно переработала и дополнила его. Де-факто был создан оригинальный авторский опросник, существенно превышающий возможности своего прототипа. Данный тест позволяет выявлять такие психопатологии, как шизофрения, органические поражения головного мозга, затяжные соматогенные депрессии, психогенные расстройства и т. д., и *алкоголизм* [11].

Тест состоит из 566 вопросов (ответы: верно, неверно, не знаю) и его прохождение может занимать до двух с половиной часов. Качество исследования повышается и благодаря тому, что большая часть утверждений носит проективный характер, что позволяет СМИЛ комплексно снимать информацию и с сознательного и с бессознательного личности субъекта. Полученные значения при помощи ключей распределяются по десяти базисным шкалам и трем шкалам достоверности и отображаются графически в виде ломаной линии между вертикальной осью числовой оценки (Т-баллы) и горизонтальной осью шкал. Этот график (профиль СМИЛ) и служит основой для интерпретации. Подтверждению – опровержению сомнений по поводу искренности диагностируемого способствуют шкалы достоверности (L, F, K), которые выявляют диапазон неправдивости субъекта от преувеличений до сглаживания, что позволяет корректировать всю предоставляемую в процессе психодиагностирования информацию в сторону достоверности [12].

На уровне более детального исследования личности субъекта акцентируется выделение подросткового алкоголизма в отдельную группу. Этого требуют специфические психологические состояния сопровождающие процесс пубертата, обретения гражданских прав и обязанностей, а также неприятной административной и даже уголовной ответственности за их нарушение, иных изменений связанных с особенностями переходного возраста. Проще говоря, феноменальный симбиоз пубертатной доминанты и социальных метаморфоз подростков дискретизируют их в возрастную страту со специфическими мотивационными посылами.

Юношеский максимализм (особенно в средней фазе – 15-18 лет) [3] сталкиваясь с когнитивным диссонансом и унижительным противодействием окружающих, часто оказывает деструктивное влияние на эмоционально-мотивационную сферу, что и может провоцировать ранний алкоголизм. Профиль СМИЛ, определяющийся подобными состояниями, может принимать форму: 4'9268'-/, 2748'9'-/, 6846'29'-/, 46928'-/, иные ломаные линии, характеризующиеся резкими перепадами. Наличие подобных профилей допускает суицидальные риски (!) и требует дополнительного исследования (Опросник суицидального поведения (SBQ), Модифицированная шкала суицидальных намерений (MSSI) и др.).

Иногда употребление алкоголя является формой подражания взрослым. В таких случаях профиль СМИЛ может показать лишь незначительное превышение шкал 4-й (импульсивность, психопатия) и 9-й (оптимистичность и активность, гипомания). В этом случае мы имеем дело с зарождением влечения к алкоголю, когда крайне важно еще до появления физиологической зависимости перенаправить интерес подростка к иным целям, отвлечь его от злоупотребления алкоголем, помочь ему в осознании безответственности и опасности алкоголизма.

У взрослого человека рост 4-й и 9-й шкал говорит «или о несформированной личности, оставшейся на подростковом уровне развития, или о ее регрессе в результате разрушения сформированного «Я» под влиянием злоупотребления алкоголем» [11, с. 228]. Уровень 9-й шкалы указывает на склонность отрицать наличие алкоголизма, легкое и оптимистичное отношение к жизни, что добавляет приятности в общении с данным субъектом, но существенно усложняют его лечение. С ростом алкогольной зависимости наряду с 4-й и 9-й растут 6-я (ригидность, паранойя) и 8-я (индивидуальность, шизофрения) шкалы, а 7-я шкала (тревожность, психастения) снижается.

В случае развития алкоголизма на любовной почве растет 5-я шкала (мужественности-женственности), а при возникновении ревности или даже враждебности – 6-я.

Отметим, что наличие бытового пьянства, как национальной традиции нашего народа определяющееся его повышенной эмоциональной чувствительностью, нерациональностью в бихевиоральных проявлениях, рефлексией, социальной пассивностью и фатализмом отражается усредненным профилем СМИЛ повышенным значением 2-й (пессимистичности и неудовлетворенности, депрессии), а также 4-й и 8-й шкалами [2].

В работе «Психодиагностика в медицине» Л.Н. Собчик сообщает о том, что ей удалось осуществить обследование алкоголиков в состоянии похмелья, при помощи СМИЛ [11, с. 229]. Объемность теста и количество времени, необходимого для его прохождения, а также специфичность состояния обследуемых (головная боль, раздражительность, сухость во рту, потливость, тошнота [16]) утверждают несомненность эмпирического происхождения приведенных данных. Так, состояние похмелья определяется высокими значениями 1-й (невротический сверхконтроль, ипохондрия), 3-й (эмоциональная лабильность, демонстративность, истерия), 2-й шкал, а также

ростом 7-й шкалы на фоне обеспокоенности здоровьем. Однако в компенсированном состоянии – рост значений 4-й, 6-й, 9-й и снижение значений 7-й и 0-й (интраверсия – экстраверсия, социальная интраверсия) шкал [11].

К эталонной группе шкал СМИЛ в процессе независимых исследований со временем добавлялись дополнительные шкалы. Л.Н. Собчик, адаптировав 200 дополнительных шкал ММРІ, представила их в книге «Стандартизированный многофакторный метод исследования», определив соответствие шкалы 9-й «Алкоголизм» шкале 4-й базового профиля СМИЛ [12]. Заметим, что адаптированная Л. Н. Собчик шкала алкоголизма, предложенная Мак-Андрю, отличалась крайней неэффективностью – в соответствии с анализом 74-х опубликованных работ лишь 15% лиц, определенных по этой шкале как алкоголики, диагностированы правильно, что ставит под сомнение ее практическую ценность [15]. Важным отличием от прототипа является то, что 4-я шкала не выделяется в доминанту, но рассматривается совместно с другими шкалами и в комплексе с ними формирует единый профиль, что существенно повышает ее значение.

СМИЛ диагностирует алкоголизм в контексте общего исследования личности. По окончании обследования мы получаем множество косвенной информации: «оценка мотивационной сферы, уровень самооценки, стиль межличностного поведения, черты характера, тип реагирования на стресс, защитные механизмы, когнитивный стиль, ведущие потребности, фон настроения, сексуальные проблемы, склонность к суициду и др.» [11, с. 59]. Данная информация в контексте диагностики алкоголизма и является тем фундаментом, на котором строится третий этап диагностики – беседа. Заключительный (третий) этап диагностирования оказывает большое влияние на успешность последующей терапии, так как на этом этапе начинается процесс осознания алкоголиком своей проблемы.

Реализацию третьего этапа диагностирования акцентируем на максимально деликатной форме, поскольку личность алкоголика, кроме того, что обладают такой же ранимостью, как и личность неалкоголика, имеет предрасположенность к экстравертированности, повышенной возбудимости, импульсивности, депрессивным реакциям и даже агрессивности [9]. Читая потемки чужой души обзывает и чувство эмпатии, являющееся необходимым компонентом профессиональной социомической деятельности [1].

Важным элементом при проведении беседы с диагностируемым субъектом является совмещение профессионального интереса с демонстрацией толерантности, терпимости к чужим слабостям. Данный подход существенно расширяет возможности диагностики. Например, при проведении беседы полученный положительный ответ субъекта на предложение выпить с ним трактуется, как готовность употреблять алкоголь в незнакомой обстановке с человеком, которого он впервые видит, и может восприниматься, как наличие важного маркера, влияющего на формирование окончательного диагноза.

Следует с сожалением отметить тот факт, что диагностику и последующее лечение существен-

но затрудняет ответная реакция алкоголика на утвердившееся по отношению к нему негативное отношение в обществе. Формированию терпимого отношения к людям, страдающим значительной патологией, способствовало бы наличие непредвзятой информации в средствах массовой информации и коммуникации, разъяснительной работы с представителями социомических профессий, принятие специальных социальных мер в отношении алкоголиков и т. д.

Реализация указанных мер, на наш взгляд, может иметь важное профилактическое значение, демпфирующее психотравмирующие воздействия окружающей, часто не толерантной, среды на хрупкую душу алкоголика, противодействующее развитию у него комплекса неполноценности, иных психологических патологий.

В заключение еще раз подчеркнем, что возникновение потребности в принятии алкоголя является лишь ответной реакцией на состояние психологического дискомфорта, а часто боли от психотравмирующих воздействий, что определяет ее как важный элемент в арсенале психологической защиты. Таким образом, выявление причин спровоцировавших алкоголизм для купирования их психотравмирующих воздействий в процессе последующей терапии – ключевой вопрос, проходящий через все этапы психодиагностики.

Выводы и предложения. Установлена важность диагностирования алкоголизма на ранних стадиях.

Чередование в процессе психодиагностирования алкоголизма малоформализованных и строго формализованных методик, способствуют установлению правильного диагноза.

В процессе психодиагностики алкоголизма необходимо выделять подростков в отдельную группу.

До встречи с диагностируемым субъектом предлагается предварительный сбор косвенной информации о нем.

При предварительном тестировании предлагается использование тестов CAGE и AUDIT.

Кроме установления правдивости сообщаемой информации и диагностирования алкоголизма СМИЛ предоставляет комплекс важных характеристик личности субъекта.

Установлено, что высокий уровень 9-й шкалы СМИЛ существенно усложняет последующую терапию.

В процессе психодиагностирования алкоголизма предлагается отказаться от метода интервью в пользу метода беседы, как более доверительного.

Определено, что важным элементом психодиагностики алкоголизма является выявление психотравмирующих воздействий, спровоцировавших алкоголизм.

Список литературы:

1. Бондарчук Е. И., Лукашевич Н. П., Сингаевская И. В. Психология труда : учебно-метод. пособие. Киев : МАУП, 2001. 168 с.
2. Грицак Ю. П. Характеры народов мира: попытка определения национальных психотипов. Харьков : Экограф, 2000. 342 с.
3. Ерохина А. Г., Пономарев В. В. Подростковый максимализм. *Новые технологии в учебном процессе и производстве* : материалы Межвуз. науч.-технич. конф. (Россия, Рязань, 17-19 апр., 2018 г.). Рязань, 2018. С. 484–486.
4. Литвицкий П. Ф. Наркомании, токсикомании, отравления. *Вопросы современной педиатрии*. 2014. Том 13. № 3. С. 51–60.
5. Литвицкий П. Ф. Клиническая патофизиология. Москва : Практическая медицина, 2015. 776 с.
6. Маркс К. Г. Капитал. Санкт-Петербург : Лениздат, 2014. 512 с.
7. Минко А. И., Михайлов Б. В., Мусиенко Г. А., Сердюк А. А. Психологические методы диагностики алкоголизма. *Украинский медицинский альманах*. 2000. Том 3. № 2 (приложение). С. 96–100.
8. Михайлов Б. В., Минко А. И., Мусиенко Г. А., Сердюк А. А., Шпаченко В. Н. Психологические методы диагностики алкогольной зависимости и оценки эффективности её первичной психопрофилактики. *Таврический журнал психиатрии*. 2000. Том 4. № 3. С. 98–102.
9. Нагорнова А. Ю., Гурылева Л. В., Еремина Л. И. Личностные особенности лиц, страдающих алкогольной зависимостью. *Прикладная психология и психоанализ* : электрон. науч. журн. 2014. № 1. URL: <https://www.ppip.idnk.ru/index.php/vypusk-1-2014/9-2011-02-24-12-27-14/-3-2011/514-2011-09-28-06-11-46> (дата обращения: 11.08.2020).
10. Ненастьева А. Ю. Психометрические шкалы в современной клинической наркологии. *Вопросы наркологии*. 2018. № 7(167). С. 46–71.
11. Собчик Л. Н. Психодиагностика в медицине. Москва : Новости, 2007. 416 с.
12. Собчик Л. Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 219 с.
13. Alcohol – can the NHS afford it? Recommendations for a coherent alcohol strategy for hospitals / Report of a working party of the Royal College of Physicians. London : Royal College of Physicians of London, 2001. 57 p. URL: <https://books.google.com.ua/books?id=IEBrnAg3YLsC&pg=PA23&lpg=PA23&dq=тест+MAST+98%25&source=bl&ots=NLNlv-TsKa&sig=ACfU3U2uPpnR82lsBN-7dEJyXCOgEfB1UQ&hl=ru&sa=X&ved=2ahUKewiz4NDVxKfQAhXHs4sKHY8yCQE6AEwCh0ECAkQAQ#v=onepage&q=тест%20MAST%2098%25&f=false> (дата звернення: 11.08.2020).
14. Feuerlein W., Küfner H., Ringer Ch., Antons K. Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1976. Vol. 222. No. 2-3. P. 139–152.
15. Gottesman I. I., Prescott C. A. Abuses of the MacAndrew MMPI alcoholism scale: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 1989. Vol. 9. No. 2. P. 223–242.
16. Stephens R., Ling J., Heffernan T. M., Heather N., Jones K. A Review of the Literature on the Cognitive Effects of Alcohol Hangover. *Alcohol and Alcoholism*. 2008. Vol. 43. No. 2. P. 163–170.

References:

1. Bondarchuk, E. I., Lukashevich, N. P., & Singaevskaya, I. V. (2001). *Psikhologiya truda: uchebno-metod. Posobie* [Psychology of work: teaching methodological manual]. Kiev: University of Education Management. (in Russian)

2. Gritsak, Yu. P. (2000). Kharaktery narodov mira: popytka opredeleniya natsionalnykh psikhotypov [The characters of the peoples of the world: an attempt to determine national psychotypes]. Kharkov: Ekograf. (in Russian)
3. Erokhina, A. G., & Ponomarev, V. V. (2018). Podrostkovyy maksimalizm [Teenage maximalism]. Proceedings of the Novye tekhnologii v uchebnom protsesse i proizvodstva : materialy XVI mezhdvuzovskoy nauchno-tekhnicheskoy konferentsii (Russia, Ryazan, April 17-19, 2018). Ryazan: Individualnyy predprinimatel Zhukov V. Yu., pp. 484–486.
4. Litvitskiy, P. F. (2014). Narkomanii, toksikomanii, otravleniya [Drug addiction, substance abuse, poisoning]. *Voprosy sovremennoy pediatrii*, vol. 13, no. 3, pp. 51–60.
5. Litvitskiy, P. F. (2015). *Klinicheskaya patofiziologiya* [Clinical pathophysiology]. Moscow: Prakticheskaya meditsina. (in Russian)
6. Marks, K. G. (2014). *Kapital* [Capital]. Saint Petersburg: Lenizdat. (in Russian)
7. Minko, A. I., Mikhaylov, B. V., Musiyenko, G. A., & Serdyuk, A. A. (2000). Psikhologicheskie metody diagnostiki alkogolizma [Psychological methods for diagnosing alcoholism]. *Ukrainian Medical Almanac*, vol. 3, no. 2 (prilozhenie), pp. 96–100.
8. Mikhaylov, B. V., Minko, A. I., Musiyenko, G. A., Serdyuk, A. A., & Shpachenko, V. N. (2000). Psikhologicheskie metody diagnostiki alkogolnoy zavisimosti i otsenki effektivnosti eyo pervichnoy psikhoprofilaktiki [Psychological methods for diagnosing alcohol dependence and evaluating the effectiveness of its primary psychoprophylaxis]. *Taurian Journal of Psychiatry*, vol. 4, no. 3, pp. 98–102.
9. Nagornova, A. Yu., Guryleva, L. V., & Eremina, L. I. (2014). Lichnostnye osobennosti lits, stradayuschikh alkogolnoy zavisimostyu [Personality characteristics of persons suffering from alcohol dependence]. *Prikladnaya psikhologiya i psikhoanaliz* [Applied Psychology and Psychoanalysis] (electronic journal), no. 1. Available at: <https://www.ppip.idnk.ru/index.php/vypusk-1-2014/9-2011-02-24-12-27-14/-3-2011/514-2011-09-28-06-11-46> (accessed 11 August 2020).
10. Nenasteva, A. Yu. (2018). Psikhometricheskie shkaly v sovremennoy klinicheskoy narkologii [Psychometric scales in modern clinical narcology]. *Voprosy narkologii*, vol. 167, no. 7, pp. 46–71.
11. Sobchik, L. N. (2007). *Psikhodiagnostika v meditsine* [Psychodiagnosics in medicine]. Moscow: Novosti. (in Russian)
12. Sobchik, L. N. (2003). SMIL. Standartizirovanny mnogofaktorny metod issledovaniya lichnosti [Standardized multifactor personality research method]. Saint Petersburg: Rech. (in Russian)
13. Report of a working party of the Royal College of Physicians (2001). Alcohol – can the NHS afford it? Recommendations for a coherent alcohol strategy for hospitals (electronic resource). London: Royal College of Physicians of London. Available at: <https://books.google.com.ua/books?id=IEBrnAg3YLS&pg=PA23&lpg=PA23&dq=rect+MAST+98%25&source=bl&ots=NLNlv-TsKa&sig=ACfU3U2uPpnR82lsBN-7dEJyXCOgEfB1UQ&hl=ru&sa=X&ved=2ahUKEwiz4NDVxKfqAhXHs4sKHY8yCQE6AEwChOECAkQAQ#v=onepage&q=rect%20MAST%2098%25&f=false> (accessed 11 August 2020).
14. Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, Ch., & Antons, K. (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA) [Short questionnaire for people at risk of drinking (KFA)]. *Archive for Psychiatry and Nervous Diseases*, vol. 222, no. 2-3, pp. 139–152.
15. Gottesman, I. I., & Prescott, C. A. (1989). Abuses of the MacAndrew MMPI alcoholism scale: A critical review. *Clinical Psychology Review*, vol. 9, no. 2, pp. 223–242.
16. Stephens, R., Ling, J., Heffernan, T. M., Heather, N., & Jones, K. (2008). A Review of the Literature on the Cognitive Effects of Alcohol Hangover. *Alcohol and Alcoholism*, vol. 43, no. 2, pp. 163–170.