

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА РОДИННЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДРУЖИН ЧОЛОВІКІВ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія», Київ

Подано результати дослідження психосоціальних параметрів особистісного функціонування дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність. Визначено їх предиктивну роль у розвитку дезадаптивного стану співзалежності. Встановлено, що родинне функціонування таких сімей зазнає значної трансформації у бік деформації сімейних відносин із превалюванням у жінок патологічного рівня сімейної тривоги. Зазначено необхідність включення терапевтичних заходів, спрямованих на оптимізацію психосоціального і родинного функціонування, в комплексне лікування та психотерапевтичний супровід співзалежних дружин чоловіків із алкогольною залежністю.

Ключові слова: співзалежність, рівень суб'єктивного контролю, копінг-стратегії, сімейна тривога, родинне функціонування, дружини, алкогольна залежність.

Наявність наркологічного захворювання в одного з членів сім'ї неминуче порушує внутрішньосімейні стосунки і приводить родину до дисфункціонального стану. Доведено, що прояви співзалежності є факторами ризику рецидиву залежності від психоактивних речовин (ПАР) у наркологічних хворих, а для самих членів родини через стан хронічного дистресу становить небезпеку розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед невротичного), так і наркологічного спектра.

Співзалежність — це стан, який є результатом адаптації індивіда до сімейної дисфункції. По суті це закріплена реакція на стрес, яка з плином часу стає засвоєним способом життя, аніж ситуаційним засобом виживання (чим вона була на початку). Показово, що за умови припинення впливу стресового навантаження співзалежна людина продовжує використовувати набуті патологічні поведінкові патерни, незважаючи на відсутність чинника психотравматизації [1].

Мета дослідження — визначення змістовного наповнення співзалежності як патологічного стану для розуміння можливих мішеней комплексної терапевтично-реабілітаційної роботи з дружинами наркологічних хворих.

На базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» упродовж 2012–2015 рр. було обстежено 160 дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та 50 жінок, чоловіки яких не мали алкогольних проблем.

Залежно від типу АЗ у хворих, діагностованих за класифікацією Т. F. Vabor [2–4], їхні дружини були розподілені на дві групи: групу А, в яку увійшли 80 дружин хворих на АЗ типу А (група родичів А, ГРА), і групу Б, яку становили 80 дружин

осіб із АЗ типу Б (група родичів Б, ГРБ). Групу порівняння (ГП) становили 50 одружених жінок, чоловіки яких не страждали на АЗ. Критерієм включення в групи дослідження була відсутність клінічно окресленої АЗ у жінки.

Психосоціальні особливості функціонування жінок вивчали за допомогою методики «Визначення рівня суб'єктивного контролю» Дж. Роттера (в адаптації Є. Ф. Бажина) [5] та опитувальника «Способи долаючої поведінки» S. Folkman, R. Lazarus (в адаптації Л. І. Вассермана, Е. А. Трифонової) [6]; притаманні обстеженим властивості родинного функціонування — методики «Аналіз сімейної тривоги» («АСТ») Е. Ейдміллера, В. Юстіцкіса [7] та шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини В. А. Абрамова зі співавт. [8].

Використання методики «Визначення рівня суб'єктивного контролю» Дж. Роттера в адаптації Є. Ф. Бажина дало можливість оцінити в обстежених жінок параметри інтернальності — екстернальності як узагальненої характеристики особистості, що регулює впливає на різні аспекти поведінки людини і систему її значущих стосунків. Відповідно до принципу ієрархічної структури системи регуляції в обстежених отримано показники індивідуального рівня суб'єктивного контролю, інваріантних до різних ситуацій діяльності (табл. 1).

Жінки ГРА та ГРБ мали екстернальний (відхилення вліво < 5,5 стевів) тип суб'єктивного контролю у відповідних ситуаціях. Проте у ГРБ усі показники (порівняно із ГРА) були більш виражені, що свідчило про більшу глибину порушень системи регуляції індивідуального рівня суб'єктивного контролю у різних сферах діяльності. Обстежені ГП у цілому мали інтернальний тип суб'єктивного

Таблиця 1

**Розподіл обстежених жінок
за рівнем суб'єктивного контролю
(за методикою Дж. Роттера)**

Сфера	Екстернальний тип					Інтернальний тип					
	1	2	3	4	5	5,5	6	7	8	9	10
ГРА											
Загальна					×						
Досягнень					×						
Невдач				×							
Родинних стосунків					×						
Виробничих стосунків					×						
Міжособистісних стосунків				×							
По відношенню до хвороби					×						
<i>Інтернальність</i>											
ГРБ											
Загальна				×							
Досягнень			×								
Невдач				×							
Родинних стосунків			×								
Виробничих стосунків				×							
Міжособистісних стосунків					×						
По відношенню до хвороби					×						
ГП											
Загальна										×	
Досягнень										×	
Невдач											×
Родинних стосунків										×	
Виробничих стосунків											×
Міжособистісних стосунків											×
По відношенню до хвороби											×

контролю у відповідних ситуаціях (відхилення вправо > 5,5 стевів) ($p < 0,001$).

Аналіз даних жінок за окремими шкалами методики дав змогу надати загальну характеристику ГРА та ГРБ. Так, жінки у групі ГРА мали знижений зв'язок між значущими життєвими подіями та власними ідеями. У цілому вони здебільшого поклалися на випадок або на інших людей, ніж на себе. Жінки ГРБ спиралися на зовнішні обставини або допомогу інших осіб; вони перекладали відповідальність на інших, у тому числі й у родинних стосунках. У виробничих та міжособистісних стосунках жінки обох груп здебільшого надавали перевагу зовнішнім обставинам або випадку, були неспроможні формувати власне коло спілкування. Жінки ГРБ не помічали «алкогольного анамнезу» проблем чоловіків, вважаючи, що їх видужання залежить від фахівців. Більшість жінок ГРБ характеризувалися як егоїстичні, залежні, нерішучі, нечесні, невпевнені, брехливі, несамостійні.

Жінки ГП загалом були особами із високим рівнем суб'єктивного контролю, вони вважали, що мають такі якості, як справедливість, дружелюбність, чесність, рішучість, доброта, незалежність, самостійність. Загальними рисами в обстежених ГП були соціальна зрілість та відповідальність ($p < 0,001$).

Вивчення стилів стрес-долаючої поведінки за допомогою використання опитувальника «Засоби долаючої поведінки» дало змогу визначити переважний стиль поведінки у стресовій або проблемній ситуації, оцінити конструктивні форми поведінки, а саме — здатність до самоконтролю, вираженість пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності, планування вирішення проблем, готовність до позитивної переоцінки. Було вивчено також неконструктивні форми поведінки: здатність (рівень) до дистанціювання, втечі, конфронтації.

Результати дослідження розподілу показників копінг-стратегій у досліджених групах відображено у табл. 2. В обстежених ГРА та ГРБ у цілому переважали неконструктивні форми поведінки, а саме — агресивні зусилля щодо зміни ситуації, що передбачало ворожість та готовність до ризику у вигляді конфронтації: ГРА — 15 (18,8,±3,9%) та ГРБ — 16 (20,0±4,0%) випадків; когнітивні зусилля відокремитися від ситуації і зменшити її значущість у вигляді дистанціювання: ГРА — 16 (20,0±4,0%) та ГРБ — 22 (27,5±4,5%) випадків; наявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення проблеми: ГРА — 17 (21,3±4,1%) та ГРБ — 27 (33,8±4,7%) випадків. Треба зазначити, що у жінок ГРБ виявлені типи неконструктивних форм поведінки переважали. Серед осіб ГП дані типи копінг-стратегій не визначено ($p \leq 0,001$).

Узагальнюючи дані табл. 2, ми склали характеристику стилю поведінки жінок у стресовій або проблемній ситуації.

1. Стратегію **конфронтації** жінки використовували як спробу вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на відреагування негативних емоцій у зв'язку з труднощами. В обстежених із переважанням цієї стратегії спостерігалися імпульсивність у поведінці (іноді з елементами

Розподіл показників копінг-стратегій у досліджених групах (M±SD) (за S. Folkman, R. Lazarus)

Тип копінг-стратегій	ГРА, n = 80			ГРБ, n = 80			ГП, n = 50		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Конфронтація	15	18,8	3,9	16	20,0	4,0	—	—	—
Дистанціювання	16	20,0	4,0	22	27,5	4,5	—	—	—
Самоконтроль	3	3,8	1,9	2	2,5	1,6	14	28,0	4,5
Пошук соціальної підтримки	4	5,0	2,2	2	2,5	1,6	12	24,0	4,3
Прийняття відповідальності	4	5,0	2,2	2	2,5	1,6	10	20,0	4,0
Втеча-уникання	17	21,3	4,1	27	33,8	4,7	—	—	—
Планування вирішення проблеми	11	13,8	3,4	4	5,0	2,2	9	18,0	3,8
Позитивна переоцінка	10	12,5	3,3	5	6,3	2,4	5	10,0	3,0

ворожості і конфліктності), труднощі планування дій та прогнозування їх результату, корекції стратегії поведінки, невинуватість завзятість. Копінг-дії при цьому втрачали цілеспрямованість і ставали результатом розрядки емоційної напруги. Умовно позитивною рисою при застосуванні зазначеної стратегії у жінок є можливість активного протистояння труднощам і стресогенному впливу. З іншого боку, умовно негативною рисою були недостатня цілеспрямованість і раціональна обґрунтованість поведінки в проблемній ситуації.

2. Стратегію *дистанціювання* жінки використовували як спробу подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості в неї. Характерним є використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, перемикання уваги, відсторонення, гумору, знецінення тощо. Умовно позитивною рисою при застосуванні зазначеної стратегії у жінок є зниження суб'єктивної значущості важких ситуацій та запобігання інтенсивним емоційним реакціям на фрустрацію. З іншого боку, умовно негативною рисою була ймовірність знецінення власних переживань, недооцінка значущості та можливостей дієвого подолання проблемних ситуацій.

3. Стратегію *самоконтролю* жінки використовували як спробу подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок цілеспрямованого стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення до самовладання. При вираженій формі застосування цієї стратегії у жінок спостерігалось прагнення приховувати від оточуючих власні переживання у зв'язку з проблемною ситуацією. Така поведінка свідчила про страх саморозкриття, надмірну вимогливість до себе та контроль поведінки. Умовно позитивною рисою при застосуванні зазначеної стратегії у жінок було уникнення емоціогенних імпульсивних

вчинків, переважання раціонального підходу до проблемних ситуацій. Умовно негативною рисою є труднощі вираження переживань, потреб і спонукань у зв'язку з проблемною ситуацією, контролем поведінки.

4. Стратегію *пошуку соціальної підтримки* жінки використовували як спробу вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної і дієвої підтримки. Характерними були орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, поради, співчуття. Пошук переважно інформаційної підтримки передбачав звернення до знайомих. Потреба емоційної підтримки виявлялася прагненням бути вислуханим, отримати емпатичну відповідь та розділити власні переживання. Умовно позитивна риса при застосуванні цієї стратегії у жінок — використання зовнішніх ресурсів для вирішення проблемної ситуації, умовно негативною — формування залежної позиції та/або надмірних очікувань по відношенню до оточуючих.

5. Стратегію *прийняття відповідальності* жінки використовували як визнання власної ролі у подоланні проблеми та відповідальності за їх вирішення (зі збереженням самокритики). При помірному використанні ця стратегія відображала прагнення жінок до розуміння залежності між власними діями та їхніми наслідками, готовність аналізувати свою поведінку, шукати причини актуальних труднощів в особистих недоліках і помилках. Разом із тим вираженість зазначеної стратегії в поведінці призводила до невинуватості самокритики, переживання почуття провини і незадоволеності собою. Вказані особливості іноді ставали підґрунтям розвитку депресивних станів. Умовно позитивною рисою при застосуванні цієї стратегії у жінок є розуміння особистої ролі у виникненні актуальних труднощів. З іншого боку, умовно негативною рисою були необґрунтована самокритика і прийняття надмірної відповідальності.

6. Стратегію *втечі-уникання* жінки використовували як спробу подолання негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання тощо. При переважному застосуванні цієї стратегії спостерігалися неконструктивні форми поведінки в стресових ситуаціях: заперечення чи повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності і дій щодо вирішення наявних труднощів, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, занурення у фантазії, переїдання, вживання алкоголю тощо з метою зниження болісної емоційної напруги. Умовно позитивною рисою при застосуванні цієї стратегії у жінок є швидке зниження емоційної напруги в ситуації стресу. З іншого боку, умовно негативною рисою були неможливість розв'язання проблеми, ймовірність накопичення труднощів, короткостроковий ефект дій зі зниження емоційного дискомфорту.

7. Стратегію *планування вирішення проблеми* жінки використовували як спробу подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів. Стратегія розглядається як адаптивна, що сприяє конструктивному вирішенню проблем. Умовно позитивною рисою при застосуванні цієї стратегії у жінок є цілеспрямоване і планомірне вирішення проблемної ситуації, умовно негативними — ймовірність надмірної раціональності, недостатня емоційність, інтуїтивність і спонтанність у поведінці.

8. Стратегію *позитивної переоцінки* жінки використовували як спробу подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання. Характерними є орієнтованість на особистісне, філософське осмислення проблемної ситуації, включення її в більш широкий контекст роботи особистості над саморозвитком. Умовно позитивною рисою при застосуванні зазначеної стратегії у жінок є можливість позитивного переосмислення проблемної ситуації, умовно негативною — ймовірність недооцінки особистістю можливостей дієвого вирішення проблемної ситуації.

Для оцінки ступеня розуміння, емоційної привабливості та поваги між членами сім'ї, а також установлення загального тла хвилювань жінок, пов'язаних з їхніми позиціями у родині, та визначення наявності і вираженості емоційних переживань сімейної провини, тривожності та напруги, використано опитувальник «АСТ». У подальшому результати дослідження сімейної тривоги лягли в основу системи комплексної допомоги

співзалежній родині, у якій хворий страждає на АЗ, де відокремлені показники стали родинними мішенями впливу. Аналіз взаємовідносин у родині дав змогу отримати інформацію про особливості спілкування, якість особистісного життя, засоби проведення відпочинку, спільність інтересів та цінностей, дослідити морально-психологічні основи родинних стосунків.

У дослідженні ми спиралися на загальноприйняте твердження, що спілкування і добрі взаємовідносини у подружжі лежать в основі сімейного благополуччя й включають важливу функцію — бажання особи щодо забезпечення особистого комфорту собі й близьким [9]. Спілкування і взаємини подружжя у благополучних сім'ях характеризують відкритість, інтимність, довіра одне до одного, високий рівень взаємної симпатії, конструктивність, рефлексивність, гнучкий, демократичний характер розподілу ролей у сім'ї, моральна й емоційна підтримка. Спілкування дає можливість виявитися одній із найважливіших подружніх ролей — психотерапевтичній. Особистісна сумісність (психологічний рівень подружньої сумісності) — це автоматичний розподіл психологічного навантаження, вироблення оптимальних способів спілкування, розуміння спонтанних проявів партнера та адекватне реагування на них. Духовна взаємодія партнерів, їхня духовна сумісність виявляються на соціокультурному рівні подружніх стосунків (спільність ціннісних орієнтацій, життєвих цілей, мотивації, соціальної поведінки, інтересів, потреб, а також спільність поглядів на проведення сімейного дозвілля). Відомо, що схожість інтересів, потреб, цінностей тощо є одним із факторів подружньої сумісності і стабільності шлюбу [9].

Під «сімейною тривоگو» [7] нами розумівся стан тривоги в одного або кількох членів сім'ї, який тяжко усвідомлювався й локалізувався, його характерними ознаками були сумніви, жахи, побоювання, що стосуються перш за все сім'ї — здоров'я її членів, їх пізніх повернень, сутичок і конфліктів. Тривога зазвичай не поширювалася на несімейні сфери — виробничу діяльність, родинні, сусідські стосунки тощо. В основі сімейної тривоги, як правило, була погано усвідомлювана невпевненість жінки в якомусь дуже важливому аспекті сімейного життя (наприклад, невпевненість у почуттях іншого чоловіка, в собі). Нерідко подібні хвилювання, які суперечать уявленням про себе, витіснялися, що призводило до виникнення тривоги у сімейних стосунках.

Важливими складовими «родинної тривоги» є відчуття безпорадності і нездатності втручатися у перебіг подій у родині, щоб спрямувати їх у бажане русло. Жінки із сімейно обумовленою тривоگو не відчували себе значущими дієвими особами

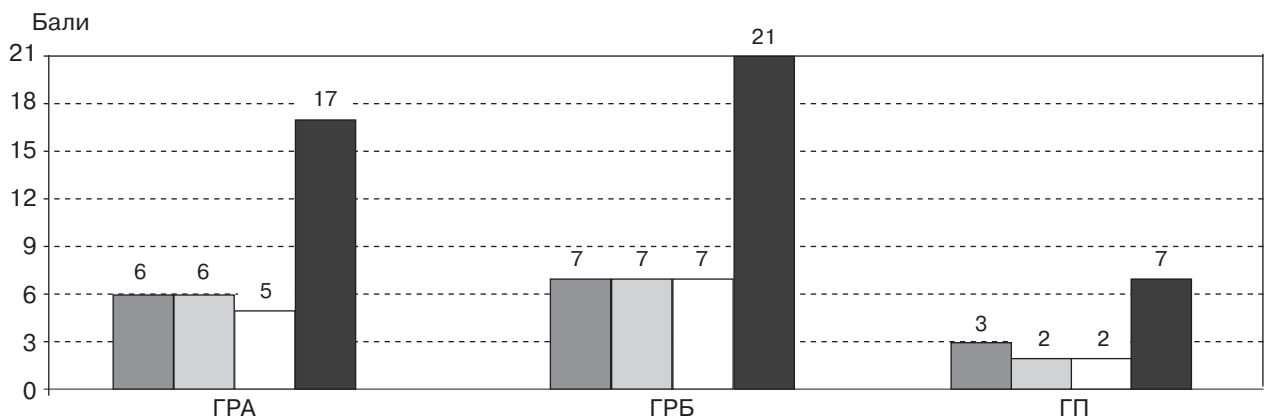
Матриця сімейної тривоги у досліджуваних групах (опитувальник «АСТ»)

Субшкали/ відповідь	ГРА, n = 80			ГРБ, n = 80			ГП, n = 50		
	N	%	$\pm m$	N	%	$\pm m$	N	%	$\pm m$
<i>В – вина (родинна вина членів родини)</i>									
Так	24	30,0	4,6	68	85,0	3,6	—	—	—
Ні	27	33,8	4,7	8	10,0	3,0	48	96,0	2,0
Не знаю (?)	29	36,3	4,8	4	5,0	2,2	2	4,0	2,0
Всього	80	100,0		80	100,0		50	100,0	
<i>Т – тривожність (родинна тривожність членів родини)</i>									
Так	56	70,0	4,6	72	90,0	3,0	—	—	—
Ні	21	26,3	4,4	3	3,8	1,9	46	92,0	2,7
Не знаю (?)	3	3,8	1,9	5	6,3	2,4	4	8,0	2,7
Всього	80	100,0		80	100,0		50	100,0	
<i>Н – напруга (родинна напруга членів родини)</i>									
Так	55	68,8	4,6	68	85,0	3,6	—	—	—
Ні	4	5,0	2,2	5	6,3	2,4	50	100,0	—
Не знаю (?)	21	26,3	4,4	7	8,8	2,8	—	—	—
Всього	80	100,0		80	100,0		50	100,0	

в родині (незважаючи на свою реальну активну роль у родині). Результати дослідження сімейної тривоги показали наявність такого феномену в обох групах, але він має різну структуру (табл. 3). Так, у ГРБ як провідне виявлено переважання у структурі тривоги показників за субшкалою сімейної вини «В – вина»: ГРБ – 68 (85,0±3,6%) випадків, у ГРА цей показник дорівнював 24 (30,0±4,6%). У цілому всі показники у ГРБ були більш вираженими. Так, у ГРБ встановлено переважання за субшкалою сімейної напруги «Н – напруга»: ГРБ – 72 (90,0±3,0%) випадків та ГРА – 56 (70,0±4,6%); за субшкалою тривожності «Т – тривожність»: ГРБ – 68 (85,0±3,6%) та ГРА – 55 (68,8±4,6%) випадків. У ГП досліджувані показники сімейної тривоги перебували у межах норми.

Показники у жінок основних груп (ГРА, ГРБ) класифіковані нами як сформовані психопатологічні симптоми (показник вище 14 балів). Ураховуючи розподіл показників за структурою, ми встановили також рівень загальної сімейної тривожності у групах обстежених (рисунок).

Середній бал вини у ГРА – 6, у ГРБ – 7, у ГП – 3; тривожності – відповідно 6, 7, 2; напруги – 5, 7, 2; загальної сімейної тривоги – 17, 21, 7. Можна зазначити, що жінкам ГРА та ГРБ із завищеним середнім балом (14 та більше) за субшкалою «В – вина» було властиве неадекватне відчуття відповідальності за все негативне, що відбувається в родині (ГРА – 6 балів, ГРБ – 7 балів); за субшкалою «Н – напруга» було притаманне відчуття, що виконання сімейних обов'язків є непосильним



Розподіл показників тривоги у групах обстежених (опитувальник «АСТ»): ■ – вина; □ – тривожність; □ – напруга; ■ – загальний рівень сімейної тривоги

Тип родини у досліджуваних групах (за шкалою структурованого інтерв'ю ідентифікації типу родини)

Тип родини	ГРА, n = 80			ГРБ, n = 80			ГП, n = 50		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Емоційно відчуждений	17	21,3	4,1	18	22,5	4,2	5	10,0	3,0
ригідні — раціональні	14	82,4	3,8	2	11,1	3,1	5	10,0	3,0
емоційно байдужі й розділені	3	17,6	3,8	16	88,9	3,1	—	—	—
Гіперпротективний	13	16,3	3,7	10	12,5	3,3	6	12,0	3,2
гіперконтроль	2	15,4	3,6	9	90,0	3,0	2	33,3	4,7
гіперопіка	11	84,6	3,6	1	10,0	3,0	4	66,7	4,7
Напружено-дисоціативний	8	10,0	3,0	11	13,8	3,4	—	—	—
Симбіотичний	27	33,8	4,7	10	12,5	3,3	—	—	—
Псевдосолідарний	15	18,8	3,9	31	38,8	4,9	—	—	—
Гармонійний	—	—	—	—	—	—	39	78,0	4,1

Примітка. Достовірність розбіжностей показників між сферами — від $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,05$.

для них завданням (ГРА — 6 балів, ГРБ — 7 балів); за субшкалою «Т — тривожність» було властиве відчуття, що ситуація в родині не залежить від їхніх власних зусиль (ГРА — 5 балів, ГРБ — 7 балів). Загальний рівень сімейної тривоги у досліджених жінок становив відповідно: у ГРА — 17 балів, ГРБ — 21 бал. Виявлені особливості лягли в основу системи комплексної допомоги співзалежній родині, у якій хворий страждає на АЗ. У ГП показники сімейної тривоги були у параметрах норми.

Наступним етапом стало дослідження типу родини за допомогою шкали структурованого інтерв'ю [8]. Дані табл. 4 показують, як ідентифіковані типи родини розподіляються у ГРА, ГРБ та ГП.

I. Емоційно відчужений тип родин характеризувався холодними та стриманими відносинами між членами родини. Загалом родичі не були посвячені у проблеми особистого життя інших членів. Між групами розподіл цього типу виглядав таким чином: ГРА — 21,3% випадків, ГРБ — 22,5%, ГП — 10,0% ($p < 0,05$). Цю групу родин кваліфіковано за двома типами:

а) ригідні — раціональні родини. Взаємовідносини у такій родині полягають у принципі «невтручання» в особисті справи. Члени родини характеризуються емоційним дистанціюванням при наявності внутрішньої прихильності та турботи про благополуччя одне одного (ГРА — 82,4%, ГРБ — 11,15%, ГП — 10,0% випадків) ($p < 0,05$);

б) емоційно байдужі й розділені. Члени родини ставляться одне до одного як до «співмешканця». У взаємовідносинах не претендують на увагу з боку іншого та не помічають одне одного (ГРА — 17,63%, ГРБ — 88,9% випадків) ($p < 0,05$).

II. Гіперпротективний тип родини характеризується фіксацією ролей без можливості їх

змін (ГРА — 16,3%, ГРБ — 12,5%, ГП — 12,0% випадків ($p < 0,05$)). Серед цих родин виділено:

а) гіперконтроль із постійними обмеженнями та контролем поведінки, що виявлялося у формі гіперпротекції або надмірної турботи (ГРА — 15,4%, ГРБ — 90,0%, ГП — 33,3% випадків) ($p < 0,05$);

б) гіперопіка характеризувалася непослідовністю у вимогах та установках, а також суперечливою поведінкою членів родини (ГРА — 84,6%, ГРБ — 10,0%, ГП — 66,7%) ($p < 0,05$).

III. Напружено-дисоціативні родини. Родині властиві формальна атмосфера, недобррозичливість, пошуки винного, деспотичне домінування. Цей тип родини встановлено у ГРА — 10,0% випадків, ГРБ — 13,8% ($p < 0,05$).

IV. Симбіотичний тип родини є психологічним симбіозом між жінкою та чоловіком із можливістю психологічного злиття та розвитком крайніх форм залежності. Такий тип родини встановлено у ГРА — 33,8% випадків, ГРБ — 12,5% ($p < 0,05$).

V. Псевдосолідарна родина. Характеризувалася високим ступенем взаємної залежності та ригідністю рольової структури. У таких родинах спостерігається порушення адаптації до складних ситуацій. Відзначається прагнення зберегти стабільність не за рахунок істинного взаєморозуміння, а «непродуктивної» діяльності із формуванням ірраціональних суджень. Такі члени родини мають одне до одного взаємну, але формальну увагу та турботу. Такий тип родини встановлено у ГРА — 18,8% випадків, ГРБ — 38,8% ($p < 0,05$).

VI. Гармонійний тип родини виявлено лише в ГП — у 78,0% випадків.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать, що особливістю психосоціальних параметрів особистісного функціонування дружин чоловіків, хворих на АЗ, є їхня предиктивна роль

у розвитку дезадаптивного стану співзалежності та неспроможність впливати на її виникнення. Родинне функціонування таких сімей також зазнає значної трансформації у бік деформації сімейних стосунків із превалюванням у жінок патологічного рівня сімейної тривоги та деструктивних типів родини.

Отримані дані свідчать про необхідність включення терапевтичних заходів, спрямованих на оптимізацію психосоціального і родинного функціонування, в комплексне лікування та психотерапевтичний супровід співзалежних дружин хворих на АЗ чоловіків.

Список літератури

1. Бисалиев Р. В. Созависимое поведение как психопатологический феномен: концептуальное видение проблемы / Р. В. Бисалиев, В. Д. Неклюдова, А. С. Кубекова // *Veda a technologie: krok do budoucnosti*.— Praha, 2012.— P. 74–77.
2. Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes / T. F. Babor, Z. S. Dolinsky, R. E. Meyer [et al.] // *Br. J. Addict.*— 1992.— Vol. 87.— P. 1415–1431.
3. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity / T. F. Babor, M. Hofmann, F. K. DelBoca [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 1992.— Vol. 49.— P. 599–608.
4. Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching / M. D. Litt, T. F. Babor, F. K. DelBoca [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.*— 1992.— Vol. 49 (8).— P. 609–614.
5. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ.; под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.
6. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева [и др.].— СПб., 2009.— 33 с.
7. Системная семейная психотерапия; под ред. Э. Г. Эйдемиллера.— М.; Харьков; Минск: «Питер», 2002.— С. 83–95.
8. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: моногр. / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова.— Донецк: Каштан, 2009.— 584 с.
9. Олифирович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента.— Речь, 2006.— 260 с.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СЕМЕЙНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЖЕН МУЖЧИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В. В. ЯРЫЙ

Представлены результаты исследования психосоциальных параметров личностного функционирования жен мужчин с алкогольной зависимостью. Определена их предиктивная роль в развитии дезадаптивного состояния созависимости. Установлено, что семейное функционирование таких семей подвергается значительной трансформации в сторону деформации семейных отношений с превалированием у женщин патологического уровня семейной тревоги. Отмечена необходимость включения терапевтических мер, направленных на оптимизацию психосоциального и семейного функционирования, в комплексное лечение и психотерапевтическое сопровождение созависимых жен мужчин с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: созависимость, уровень субъективного контроля, копинг-стратегии, семейная тревога, семейное функционирование, жены, алкогольная зависимость.

PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS AND FAMILY FUNCTIONING IN WIVES OF MEN WITH ALCOHOL ADDICTION

V. V. YARYI

The results of the study of psychosocial parameters of personality functioning in the wives of men with alcohol addiction are presented. Their predictive role in development of maladaptive state of co-dependence was determined. It was established that family functioning of such families undergoes significant transformation in the direction of family relationships deformation with prevalence in women of pathological anxiety. The need to include therapeutic interventions aimed at optimizing of psychosocial and family psychosocial functioning in treatment and psychotherapeutic support of codependent wives of men with alcohol addiction is emphasized.

Key words: codependence, the level of subjective control, coping strategies, family anxiety, family functioning, wives, alcohol addiction.

Надійшла 04.01.2016