

13. Андрущенко, А. В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические отношения, терапия) [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Андрущенко. – Москва, 2011. – 363 с.

14. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии пост-травматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

References

1. Beketova, N. (2014). Cosmetic procedures in dermatological practice: point of view of practitioner in psychodermatology. *Cosmetics and medicine*, 4, 74–81.

2. Bewley, A., Affleck, A., Bundy, C., Higgins, E., McBride, S. (2013). Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party. *British Journal of Dermatology*, 168 (6), 1149–1150. doi: 10.1111/bjd.12330

3. Aleksandrov, A. A., Bagnenko, E. S. (2012). Psychological characteristics of women with cosmetic defects of the facial skin. *Herald of psychotherapy*, 41 (46), 52–66.

4. Bodnar, L. A. (2011). Clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of patients who turned to plastic surgeons for rhinoplasty. *Mental Health*, 1-2 (30-31), 4–7.

5. Petrova, N. N., Gribova, O. M. (2014). Dysmorphophobia in clinic of aesthetic surgery. *Mental disorders in general medicine*, 1, 26–30.

6. Moroz, S. M., Yavorskaya, I. (2015). Dysmorphophobia and Dismorphomania: mirrors cheating. *Cosmetologist*, 6 (74), 108–110.

7. Slastenina, V. V. (2007). Socio-psychological characteristics of women resorting to the services of plastic surgery. *Bulletin of the Tomsk State University*, 303, 205–208.

8. Shakurov, I. G., Glubokova, I. B., Tabashnikova, A. I. (2009). Psycho-emotional status and personality characterological features of patients with scar skin changes. *Bulletin of dermatology and Venerology*, 3, 50–60.

9. Sats, E. A., Slobodchikov, I. M. (2015). Features of consciousness of women as clients of cosmetic services. *Modern problems of science and education*, 1-1. doi: 10.17513/spno.121-18589

10. Sharma, P., Sreejayan, K., Ghosh, S., Behere, R. (2013). Psychiatric evaluation in dermatology: An overview. *Indian Journal of Dermatology*, 58 (1), 39. doi: 10.4103/0019-5154.105286

11. Filaković, P., Petek, A., Koić, O. et. al. (2009). Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects. *Psychiatr. Danub.*, 21 (3), 401–410.

12. Conrado, L. A., Hounie, A. G., Diniz, J. B., Fossaluzza, V., Torres, A. R., Miguel, E. C., Rivitti, E. A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 63 (2), 235–243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017

13. Andrushchenko, A. V. (2011). *Psychicheskie i psychosomaticheskie rasstroystva v ucherezhdennykh obschesomaticheskoi seti (kliniko-epidemiologicheskie aspekti, psychosomaticheskie otnosheniya, terapiya)* [Mental and psychosomatic disorders in somatic network institution (epidemiological aspects, psychosomatic relationship, therapy)]. Moscow, 363.

14. Tarabrina, N. V. (2001). *Psychology of post-traumatic stress*. Sankt-Peterburg: Peter, 272.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 23.05.2016*

Юдін Михайло Анатолійович, кандидат медичних наук, Медичний центр «СА-КЛІНІК», вул. Кловський узвіз, 10, м. Київ, Україна, 01021
E-mail: 672233383@ukr.net

УДК 613.816:616.89-008.48

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАГАЛЬНИХ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПІДХОДІВ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ СПІВЗАЛЕЖНІЙ РОДИНИ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧОЛОВІКІВ

© В. В. Ярий

На базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012–2015 рр. було обстежено 160 чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та їх дружин, а також 50 подружжів, чоловіки в яких не мали алкогольних проблем. На основі виділення клінічних варіантів дезадаптації дружин алкогользалежних чоловіків та типів родинної дезадаптивної співзалежності, обґрунтовані загальні та диференційовані підходи до комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині
Ключові слова: родинна дезадаптивна співзалежність, дружини, алкогольна залежність, комплексна лікувально-реабілітаційна допомога

Aim – *The grounding of general and differentiated approaches to the complex treatment-rehabilitation help to co-dependent family of men with alcoholic addiction (AA).*

Contingent. 160 men with AA and their wives and also 50 married couples, women, whose husbands had not alcoholic problems.

Methods. Clinical-psychopathological and psychodiagnostic using the battery of AUDIT-like tests, elaborated by the composite authors under the guidance of I.V. Linsky and also the scales of anxiety and depression of M. Hamilton HDRS and HARS, the scale of assessment of psychosocial stress level of L. Reader and the methodology of determination of stress-resistance and social adaptation of Holms and Rahe. Psychosocial features of functioning of women were studied by psychodiagnostic method using the methodology of "Determination of subjective control level" of J. Rotter (in adaptation of E. F. Bagin) and questionnaire "The methods of overcoming behavior" of S. Folkman, R. Lazarus (in adaptation of L. I. Vasserman, E. A. Trifonova); the features of family functioning, inherent to examined persons, were established using methodology of "Analysis of family anxiety" of E. Eidemiller; B. Yustitskis and the scale of structural interview for identification of family type of V. A. Abramov and co-authors.

Results. The aim of complex treatment-rehabilitation help for co-dependent family is an activation of the resource adaptive possibilities of the family and formation of the ability in men in women to solve the private and family problems (of alcoholic and non-alcoholic genesis) independently.

The main directions, additional foundations, principles and conditions of realization of the complex treatment-rehabilitation help to co-dependent family were determined. The algorithm of its use was created.

Psychotherapeutic component of treatment-rehabilitation process was characterized. It was accented, that psychotherapeutic work with co-dependent wives of patients with AA must have more differentiated character and be individualized, depending, first of all, on the clinical variant of women's existent maladjustment and the type of family maladjustment co-dependence (FMC). The given parameters become the main criteria of differentiation of psychotherapeutic influences at determination of the content filling of psychotherapeutic interventions and also "sensitivity" to the different psychotherapeutic techniques.

Conclusions. The positive result of introduction of this system becomes possible not only at the expense of using the treatment-rehabilitation influences but also in connection with positive changes of social and family relations of women (acceptance of social environment (context), where she lives and functions)

Keywords: family maladjustment co-dependence, wives, alcoholic addition, complex treatment-rehabilitation help

1. Вступ

Хімічна, зокрема, алкогольна залежність (АЗ) – сімейне захворювання. Є теорії, що розглядають хімічну залежність як симптом дисфункції сім'ї. Для підкреслення специфічності родини, в якій один з родичів хворіє на АЗ, в науковій літературі зустрічаються дефініції «алкогольна сім'я», «подружжя АЗ» та ін. «Алкогольна сім'я» – наявність АЗ у одного з подружжя, виникнення у іншого з подружжя психологічної «співзалежності»; алкогольні проблеми стають стрижневими і визначають поведінку і діяльність всієї родини. «Подружжя АЗ» – окремий варіант «алкогольної сім'ї», коли на АЗ страждають обоє з подружжя; виникнення психобіологічної «співзалежності» [1–3].

2. Обґрунтування дослідження

Спільне проживання із залежним членом сім'ї впливає на фізичний і психічний стан родичів, змінюючи їх психологію поведінки, емоційні реакції, сприйняття навколишнього світу і місце в соціальному житті. Вимушене залучення в «хворобливе коло» хворого, через стан хронічного дистресу, становить небезпеку для членів родини стосовно розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед, невротичного), так і наркологічного спектру. В деяких роботах останніх років наводяться переконливі докази взаємозв'язку проживання родичів із залежним членом сім'ї, і розвитком психічних і соматичних порушень у близького оточення пацієнтів, а також наводяться загрозливі дані щодо 30 %-ної поширеності у них суїцидально-орієнтованих психопатологічних феноменів [1, 2, 4].

На теперішній час визначається, що «співзалежність» – це специфічний стан, що характери-

зується сильною зануреністю і стурбованістю, а також вираженою емоційною, соціальною, а іноді і фізичною залежністю від людини або предмета, яка стає патологічним станом, що впливає на усі рівні життєдіяльності та стосунків суб'єкта» [4].

Між тим, як правило, близьке оточення пацієнта, що страждає на хвороби залежності, залишається поза увагою фахівців наркологічного профілю, оскільки акценти при наданні спеціалізованої медичної допомоги орієнтовані на хворих з адиктивними розладами. Ймовірно, таке становище може бути пояснене зайвою психологізацією феномена співзалежності, що спостерігається у родичів наркологічних пацієнтів, наслідком чого стає відсутність розробки ефективних лікувально-реабілітаційних програм для найближчого оточення пацієнтів, які перебувають у складних, кризових умовах життєдіяльності.

3. Мета дослідження

Обґрунтування загальних та диференційованих підходів до комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині хворих на АЗ чоловіків.

4. Контингент, матеріали і методи дослідження

На базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012–2016 рр. було обстежено 160 чоловіків, хворих на АЗ, та їх дружин, а також 50 подружжів, жінок, чоловіки в яких не мали алкогольних проблем.

В залежності від типу АЗ у хворих, діагностованих за класифікацією Т. Ф. Vabor [5–7], дружини пацієнтів були розподілені на дві групи: групу А, в яку увійшли 80 хворих на АЗ типу А та їх дружин (група

родичів А, ГРА), і групу Б, яку склали 80 чоловіків з АЗ типу В та їх дружин за Т. Ф. Babor (група родичів Б, ГРБ). Групу порівняння (ГП) склали 50 подружжів, чоловіки яких не страждали на АЗ. Критерієм включення в групи дослідження була відсутність клінічно окресленої АЗ у жінки.

За думкою Т. Ф. Babor, розвиток АЗ типу А зумовлений впливом соціально-середовищних факторів, а виникнення АЗ типу Б обумовлено впливом індивідуально-генетичних чинників.

Обстеження чоловіків включало комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження з використанням тесту AUDIT та опитувальника В. Ю. Завьялова «Мотиви вживання алкоголю» [8].

Обстеження жінок включало комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження, з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [9, 10], а також шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HDRS і HARS [11], шкали оцінки рівню психосоціального стресу Л. Рідера [12] та методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге [13]. Психосоціальні особливості функціонування жінок вивчали психодіагностичним методом з використанням методики «Визначення рівню суб'єктивного контролю» Дж. Роттера (в адаптації Є. Ф. Бажина) [13] та опитувальника «Способи долаючої поведінки» S. Folkman, R. Lazarus (в адаптації Л. И. Вассермана, Е. А. Трифионовой) [14]; притаманні обстеженим властивості родинного функціонування встановлювали за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдмільлера, В. Юстіккіса [15] та шкали стурктуруваного інтерв'ю для ідентифікації типу родини В. А. Абрамова зі співавт [16].

Здобуті дані було оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows. Для статистичної обробки даних використовували параметричний і непараметричний методи статистичної обробки [17].

5. Результати дослідження

У дружин чоловіків, хворих на АЗ, встановлено наявність дезадаптивних станів різної вираженості і клінічного наповнення, на відміну від дружин «наркологічно здорових» чоловіків.

Виділено три клінічних варіанти дезадаптації: психоемоційна (25,6 %), поведінкова (30,6 %), комбінована (43,8 %). Для психоемоційної дезадаптації характерними виявилось наявність депресивних та/або тривожних симптомокомплексів з високим стресовим навантаженням та низькою здатністю до стрес-опору, з амплітудою вираженості від мозаїчних окремих проявів, до клінічно окреслених психопатологічних станів. Ізольований психоемоційний варіант дезадаптації виявився притаманним 30,0 % жінок ГРА і 21,3 % ГРБ, з них легкий ступінь дезадаптації спостерігався у 5,0 % обстежених ГРА і 3,8 % ГРБ, помірний – у 10,0 % ГРА і 5,0 % ГРБ, виражений – 15,0 % ГРА і 12,5 % ГРБ. Для цього варіанту притаманними вия-

вились порушення психоемоційної сфери обстежених, без викривлення їх аддиктивного статусу.

Для поведінкової дезадаптації притаманними були прагнення до аддиктивної реалізації на рівні небезпечного вживання, або залежного стану за широким колом об'єктів поведінкової залежності, насамперед, від їжі, чаю/кави, шопінгу та роботи, а також тютюнопалінням. Ізольований («чистий») поведінковий варіант дезадаптації був визначений у 18,8 % респонденток ГРА і 42,5 % ГРБ, з них легкий ступінь дезадаптації мав місце у 3,8 % осіб ГРА і 8,8 % ГРБ, помірний – у 6,3 % ГРА і 15,0 % ГРБ, виражений – 8,8 % ГРА і 18,8 % ГРБ. Даний варіант характеризувався вираженими аддиктивними феноменами на тлі незначних психоемоційних змін.

Комбінований (змішаний) варіант дезадаптації діагностовано у 51,3±5,0 % жінок ГРА і 36,3±4,8 % обстежених ГРБ, з них порушення легкого ступеню встановлені у 11,3 % осіб ГРА і 6,3 % ГРБ, помірному ступеню – у 15,0 % ГРА і 11,3 % ГРБ, вираженого ступеню – 25,0 % ГРА і 18,8 % ГРБ. При цьому варіанті дезадаптації спостерігались як психоемоційні порушення, так і напруженість аддиктивного статусу.

Отже, психічний стан жінок ГРА і ГРБ мав усі ознаки дезадаптивного стану різного клінічного наповнення і вираженості, від мозаїчних проявів до клінічно окреслених психічних і поведінкових розладів кластеру F43.2 – адаптаційні розлади, з них:

– пролонгована депресивна реакція F43.21 та змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 – у 25,6 % усіх обстежених;

– адаптаційний розлад з переважанням порушення поведінки F43.24 – у 30,6 % жінок;

– адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25 – у 43,8 % обстежених.

Також було виявлено диференціацію аддиктивного і психоемоційного статусів у жінок в залежності від генезу АЗ у їх чоловіків (соціально-середовищна або індивідуально-генетична), а саме, більша варіативність клінічних проявів та вираженість патологічних аддиктивних феноменів, а також більша тяжкість психопатологічних тривожних і депресивних проявів у дружин чоловіків з генетично обумовленою АЗ.

На основі аналізу та узагальнення результатів дослідження щодо патогенетичних взаємозв'язків між біологічними, клінічними, психологічними та соціальними складовими, нами виділено три типи родинної дезадаптивної співзалежності (РДС), що мають, з одного боку, споріднені патогенетичні механізми, а з іншого – різну патогенетичну спрямованість, так звану “змістовну наповненість” РДС: конгруентний, взаємозалежний або компенсаційний типи.

1. *Конгруентно-асиметричний тип РДС* (схожість або іноді копіювання поведінкових патернів чоловіка) – 17,5 % жінок ГРА, 11,3 % жінок ГРБ. В основі – бажання жінки “відповісти” чоловіку на “його мові”, подолання внутрішнього дискомфорту через “змагання” з чоловіком у вигляді реалізації будь-якого (насамперед, не хімічного) типу залежної поведінки, як хибний спосіб самоствердження.

2. *Взаємозалежний тип РДС* – 22,5 % жінок ГРА, 5,0 % жінок ГРБ. Головною рисою даного типу є обов’язковий обоюдний вплив подружжів один на одного. Бажання жінки збалансувати взаємовідносини у родині. За неможливістю іншого варіанту – досягнення гармонії у родині та подолання внутрішнього дискомфорту, викликаного вживанням алкоголю чоловіком, жінка вибирає шлях «залежності» як засіб зміни себе. Даний вибір є підсвідомий для «відповідності чоловіку». Палітра залежності у жінки обов’язково представлена хімічним типом, до якого можуть бути долучені інші.

3. *Компенсаторний тип РДС* – 60,0 % жінок ГРА та 83,8 % жінок ГРБ. Проявляється активною діяльністю, як елемент компенсації порушених взаємовідносин у родині. Неусвідомлена спроба подолання власних «реальних або вигаданих» недоліків. Палітра залежності у жінки у більшості включає нехімічні типи залежності (робота, фітнес, шопінг та ін.).

Відмінності в кількісній представленості різних типів РДС, а саме, превалюванні компенсаторного типу особливо серед жінок ГРБ, й незначну представленість у них конгруентно-асиметричного та взаємозалежного типів, можна пояснити більш тяжким перебігом АЗ у їх чоловіків, негативний приклад яких змушує жінку шукати інший спосіб нівеляції внутрішньособистісного конфлікту та реалізації адиктивного потенціалу через більш «соціально-прийнятні» форми реагування, серед яких перше місце займає сублимація в поведіркових (умовно схвалених суспільством) залежностях.

Дані, наведені на рис. 1, дають змогу зрозуміти представленість кожного виду дезадаптації в кожному типі РДС, та їх загальний розподіл серед обстежених жінок. Так, в кожному типі РДС найбільшу представленість мала комбінована дезадаптація, яка характеризується поєднанням адиктивних і афективних порушень.

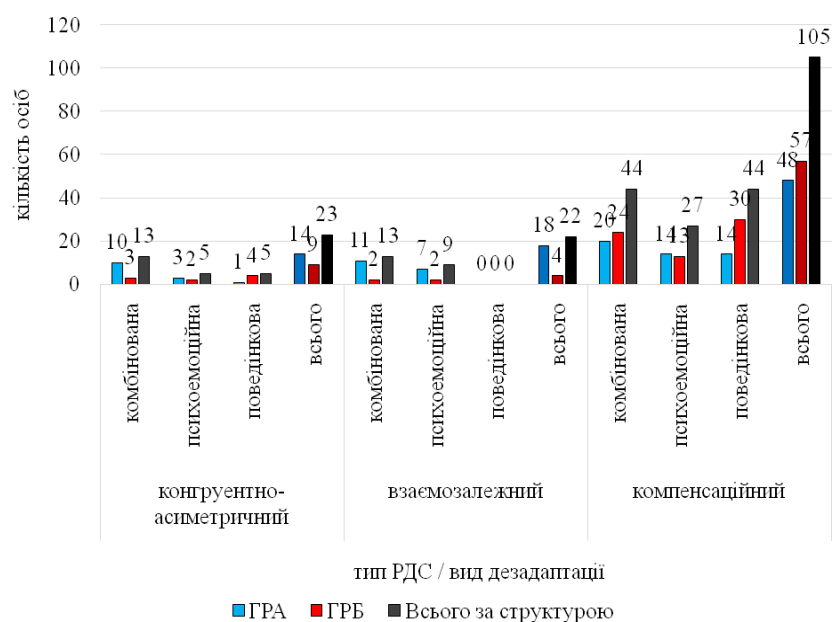


Рис. 1. Структура типів РДС за клінічними варіантами дезадаптації співзалежних жінок, абс. ч.

6. Обговорення результатів дослідження

За узагальненням результатів дослідження, нами запропоновано наступний алгоритм визначення необхідності та послідовності етапів надання комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині (рис. 2).

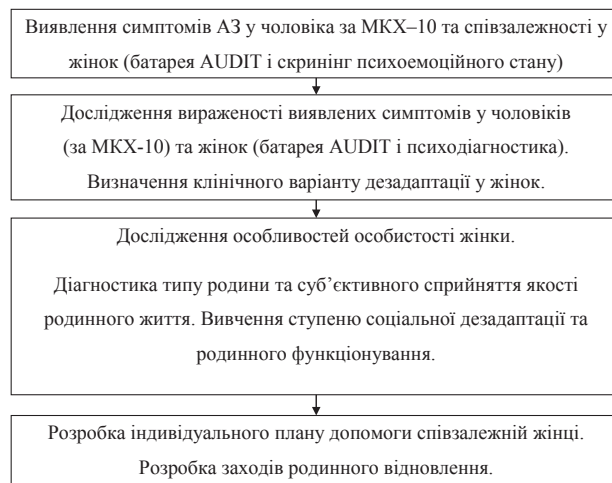


Рис. 2. Алгоритм застосування комплексної допомоги співзалежній родині

Узагальнення та осмислення отриманих даних, дозволило сформулювати **основні напрямки** комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині, до яких віднесено:

- руйнування патогенетичних взаємозв'язків між біологічними, клінічними, психологічними та соціальними складовими, що формують феномен РДС;
 - нівелювання проявів дезадаптації у жінок.
- Додатковими засадами** комплексної допомоги співзалежній родині, визначені:
- усвідомлення родиною особливостей хвороби чоловіка;

- психотерапевтичний аналіз особистісних характеристик та особливостей сприйняття чоловіка та жінки у соціальній та сімейній сферах;
- формування та посилення мотивації хворого на лікування, а жінки – на подолання співзалежності;
- створення умов для зменшення можливості рецидиву захворювання (практичні психотерапевтичні рекомендації);
- формування навичок поведінки у «кризі»;
- заповнення наявного «родинного інформаційного дефіциту знань» щодо АЗ;
- корекція «алкогольних» патернів поведінки родини на соціально-родинні спрямовані.

Мета комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині полягає у активізації

ресурсних адаптивних можливостей родини та тому, щоб чоловік та жінка набули здатність самостійно вирішувати власні та сімейні проблеми (алкогольно-го та неалкогольного генезу).

Виходячи із мети, до **принципів** проведення комплексної допомоги співзалежній родині, нами віднесено:

1) етапність впливів та заходів – перехід від простої до складної форми психотерапевтичного впливу на співзалежну родину;

2) загальне охоплення – комплексність психотерапевтичних впливів (психологічна, сімейна, професійна, суспільна сфера та сфера дозвілля);

3) акцент на «збережених» сторонах родинного життя;

4) навчання навичкам «оволодіння» та «протистояння» сімейному конфлікту;

5) кінцевим завданням є відновлення старих та побудова нових родинних зв'язків;

6) побудова та навчання «родинним навичкам» адаптації й вирішення «алкогольних» та «неалкогольних» проблем;

7) розширення сфери відповідальності окремо чоловіка та жінки за власне життя та здоров'я.

Філософією застосування нами системи комплексної допомоги співзалежній родині є прийняття думки, що лікувально-реабілітаційний процес є комплексним, спрямованим на вирішення майже усіх проблем, які супроводжують «співзалежну жінку» на когнітивному, емоційному психофізіологічному та поведінковому рівнях функціонування.

Умовами проведення комплексної допомоги співзалежній родині визначено:

а) здійснення заходів із обмеження нереалістичних очікувань жінки від чоловіка;

б) здійснення заходів щодо зниження для жінки та чоловіка стресових факторів у родині;

в) постійна корекція дезадаптивних установок і форм поведінки співзалежної родини.

Власне, побудова системи комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині повинна базуватися на наступних **підходах сімейної взаємодії**, а саме:

1) акцент на сімейну «алкогольну родинну структуру» із пошуком порушених патернів сімейної взаємодії й їх заміною «конструктивними формами поведінки»;

2) зміни можливих «родинних альянсів» й «коаліцій»;

3) моніторинг умов життя співзалежної родини із визначенням джерел стресу;

4) оцінювання успішності проходження родинною етапу відновлення «родинного життєвого простору»;

5) спостереження за змінами в родині внаслідок залежності чоловіка.

До **особливостей** проведення комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині віднесено:

1) подолання анозогностичного відношення жінки до хвороби чоловіка та власної співзалежності;

2) боротьба з «приховуванням» захворювання чоловіка на АЗ;

3) спирання на позитивний досвід інших родин при здійсненні групової психотерапії;

4) підвищення обізнаності у питаннях медикаментозної терапії, ролі стресу у рецидиві захворювання.

Психотерапевтична допомога співзалежній дружині має бути спрямована на нівелювання провідних негативних чинників – виявлених проблем у її функціонуванні, а саме:

1) психопатологічні феномени тривоги та депресії, відчуття розгубленості у звичайних життєвих ситуаціях;

2) знижена здатність перенесення життєвих труднощів;

3) комплекс неповноцінності, що є прихованим та проявляється у частому зміні настрою, невпевненості, уникненні ситуацій, в яких її здібності можуть бути об'єктивно перевірені.

Психотерапевтична складова лікувально-реабілітаційних заходів в комплексній терапії чоловіків з АЗ, повинна будуватися на когнітивно-поведінковій психотерапії, вплив якої необхідно спрямовувати на два наступні мішені, а саме:

– прояви патологічного потягу до алкоголю у чоловіка у вигляді психопатологічних симптомів комплексів;

– порушення когнітивних схем, які полягають у основі патологічного потягу у чоловіка з паралельними дисфункціональними переконаннями та ірраціональними установками у дружини.

Психотерапевтична робота зі співзалежними дружинами пацієнтів з АЗ, повинна носити більш диференційований характер та бути індивідуалізованою, в залежності, насамперед, від клінічного варіанта наявної у жінки дезадаптації та типу РДС. Дані параметри стають основними критеріями диференціації психотерапевтичних впливів при визначенні змістовного наповнення психотерапевтичних втручань, а також «чутливості» до різних психотерапевтичних технік (рис. 3).

Отже, при роботі з жінками з конгруентно-асиметричним типом РДС, в основі якого лежить не-свідоме прагнення жінки до суперництва й змагання з чоловіком в рамках захоплення чимось так же, як він – алкоголем, базовою формою психотерапевтичної роботи повинна бути індивідуальна психотерапія, базовою технікою – когнітивно-біхевіоральні впливи, допоміжними втручаннями – тренінги опанування стресу, підвищення комунікаційних навичок.

В роботі з жінками зі взаємозалежним типом РДС, суттю якого є пасивне наслідування чоловіку, основною формою повинна бути групова, а технікою – системна сімейна психотерапія. Допоміжними впливами при цьому стають елементи когнітивно-поведінкової терапії, аутогенного тренування, м'язової релаксації, тренінги стресостійкості.



Рис. 3. Алгоритм диференціації психотерапевтичних підходів й технік при роботі зі співзалежними дружинами хворих на АЗ в залежності від клінічного варіанта дезадаптації та типу РДС: Д – дезадаптація; пт – психотерапія; кбт – когнітивно-поведінкова терапія

Жінки з компенсаційним типом РДС, сенс якого – заповнення емоційного вакууму, прагнення не відчувати себе відторгнутою та непотрібною, а також екзистенційні переживання відсутності майбутнього й сенсу життя, помилковості зроблених життєвих виборів, – потребують групової психотерапевтичної роботи, основаної на особистісно-орієнтованих та екзистенціальних психотерапевтичних підходах, з використанням в якості допоміжних втручань елементів символдрами, тілесно-орієнтованої, сімейної і когнітивно-поведінкової психотерапії, а також арт-терапії.

При цьому необхідним психотерапевтичним глом є втілення психоосвітніх заходів, що повинно бути проведено для усіх учасників психотерапевтичного процесу.

В разі необхідності та бажання пацієнтів, психотерапевтичний супровід повинен здійснюватися перманентно, поки в цьому є потреба.

7. Висновки

Позитивний результат від впровадження даної системи стає можливим не лише за рахунок застосування лікувально-реабілітаційних впливів, а у зв'язку з позитивними змінами соціальних та родинних зв'язків жінки (прийняття соціального середовища (контексту), у якому вона живе та функціонує).

В цілому, концепцію комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині можна представити наступним чином:

– спрямування впливів на поліпшення здатностей жінки вирішувати власні проблеми (розкриття та вміння застосовувати навички «саморегуляції» та «самоактуалізації», які є «деформованими»;

– відмова у спробах переструктуризації особистості жінки способами, які ігнорують соціальний досвід та особливості її соціального середовища.

Література

1. Бисалиев, Р. В. Созависимое поведение как психопатологический феномен: концептуальное видение проблемы [Текст] / Р. В. Бисалиев, В. Д. Неклюдова, А. С. Кубекова // *Vedaa technologie: krok do budoucnosti*. – Praha, 2012. – Р. 74–77.
2. Ярий, В. В. Співзалежність у родинах хворих на психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю: сфера компетенції наркологічної допомоги [Текст]: мат. XVI Укр. наук.-практ. конф. / В. В. Ярий // *Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма*. – Харків: Видавництво «Плеяда», 2015. – С. 272–274.
3. Markova, V. Neurobiological basis of mutual influence of stress burden and alcohol addiction: Review of data [Text] / V. Korostiy, M. Markova, H. Kozhyna, K. Gaponov, V. Lytyunenko // *European Psychiatry*. – 2016. – Vol. 33. – P. S302. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1034
4. Wagscheider-Cruse, Sh. Another Chance: Hope&Health for the Alcoholic Family [Text] / Sh. Wagscheider-Cruse. – 2nd ed. – PaloAlto, Calif: Science & Behavior Booksinc, 1989. – 324 p.
5. Babor, T. F. Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes [Text] / T. F. Babor, Z. S. Dolinsky, R. E. Meyer, M. Hesselbrock, M. Hofmann, H. Tennen // *Addiction*. – 1992. – Vol. 87, Issue 10. – P. 1415–1431. doi: 10.1111/j.1360-0443.1992.tb01921.x
6. Babor, T. F. Types of alcoholics, I. [Text] / T. F. Babor // *Archives of General Psychiatry*. – 1992. – Vol. 49, Issue 8. – P. 599. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080007002
7. Litt, M. D. Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching [Text] / M. D. Litt // *Archives of General Psychiatry*. – 1992. – Vol. 49, Issue 8. – P. 609. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080017003
8. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск: Наука, 1988. – С. 164–183.
9. Линский, И. В. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др. // *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–70.

10. Линский, И. В. Аддиктивный статус и метод его комплексно йценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др. // Психическое здоровье. – 2010. – № 6 (49). – С. 33–45.

11. Подкорытов, В. С. Депрессии (Современная терапия) [Текст] / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков: Торнадо, 2003. – 350 с.

12. Корнацкий, В. М. Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги [Текст]: методичні рекомендації / В. М. Корнацкий, М. В. Маркова, Н. М. Степанова, В. В. Бабич. – Київ, 2007. – 14 с.

13. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст]: учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородско-го. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.

14. Вассерман, Л. И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [Текст] / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева и др. – СПб., 2009. – 33 с.

15. Системная семейная психотерапия [Текст] / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – Москва – Харьков – Минск: «Питер», 2002. – С. 83–95.

16. Абрамов, В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией [Текст]: монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.

17. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Киев: Моріон, 2000. – 320 с.

References

1. Bisaliev, R. V., Nekljudova, V. D., Kubekova, A. S. (2012). Sozavisimoe povedenie kak psihopatologicheskij fenomen: konceptual'noe videnie problemy. Vedaia technologie: krok do budoucnosti. Praha, 74–77.

2. Jaryj, V. V. (2015). Spivzalezhnist' u rodynah hvoryh na psyhichni i povedinkovi rozlady vnaslidok vzhывannja alkoholju: sfera kompetencii' narkologichnoi' dopomogy. Dovzhenkivs'ki chytannja: Redukcija vzhывannja alkoholju – nova narkologichna paradygma. Kharkiv: Vydavnyctvo «Plejada», 272–274.

3. Korostiy, V., Markova, M., Kozhyna, H., Gaponov, K., Lytvynenko, V. (2016). Neurobiological basis of mutual influence of stress burden and alcohol addiction: Review of data. European Psychiatry, 33, S302. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1034

4. Wegscheider-Cruse, Sh. (1989). Another Chance: Hope&Health for the Alcoholic Family. PaloAlto, Calif: Science & Behavior Booksinc, 324.

5. Babor, T. F., Dolinsky, Z. S., Meyer, R. E., Hesselbrock, M., Hofmann, M., Tennen, H. (1992). Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. Addiction, 87 (10), 1415–1431. doi: 10.1111/j.1360-0443.1992.tb01921.x

6. Babor, T. F. (1992). Types of Alcoholics, I. Archives of General Psychiatry, 49 (8), 599. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080007002

7. Litt, M. D. (1992). Types of Alcoholics, II. Archives of General Psychiatry, 49 (8), 609. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080017003

8. Zav'jalov, V. Ju. (1988). Psihologicheskie aspekty formirovanija alkogol'noj zavisimosti. Novosibirsk: Nauka, 164–183.

9. Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F. et. al. (2009). Metod kompleksnoj ocenki addiktivnogo statusa individa i populjacii s pomoshh'ju sistemy AUDIT-podobnyh testov. Visnyk psyhiatrii' ta psyhofarmakoterapii', 2 (16), 56–70.

10. Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F. et. al. (2010). Addiktivnyj status i metod ego kompleksno jcenki pri pomoshhi sistemy AUDIT-podobnyh testov. Psihicheskoe zdorov'e, 6 (49), 33–45.

11. Podkorytov, V. S., Chajka, Ju. Ju. (2003). Depressii (Sovremennaja terapija). Kharkov: Tornado, 350.

12. Kornac'kyj, V. M., Markova, M. V., Stepanova, N. M., Babych, V. V. (2007). Ocinka psyhosocial'nyh chynnykiv ryzыku rozvytku hvorob systemy krovoobigu u pacijentiv pervynnoi' lanky medyko-sanitarnoi' dopomogy. Kyiv, 14.

13. Rajgorodskogo, D. Ja. (Ed.) (2001). Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. Samara: «Bahrah-M», 672.

14. Vasserman, L. I., Iovlev, B. V., Isaeva, E. R. et. al. (2009). Metodika dlja psihologicheskoi diagnostiki sposobov sovladanija so stressovymi i problemnymi dlja lichnosti situacijami. Sankt-Peteburg, 33.

15. Jejdemillera, Je. G. (Ed.) (2002). Sistemnaja semej-naja psihoterapija. Moscow – Kharkov – Minsk: «Piter», 83–95.

16. Abramov, V. A., Zhigulina, I. V., Rjapolova, T. L. (2009). Psihosocial'naja rehabilitacija bol'nyh shizofreniej. Do-neck: Kashtan, 584.

17. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., Babich, P. N. (2000). Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovanijah s ispol'zovaniem Excel. Kyiv: Morion, 320.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 12.05.2016*

Ярий Володимир Володимирович, головний лікар, Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія», пров. Деміївський, 5А, м. Київ, Україна, 03115
E-mail: dr-yariy@ukr.net