

О. І. Мінко, Н. М. Лісна, Л. М. Маркозова

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ТА ЇХ СПІВЗАЛЕЖНИХ РОДИЧІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ

А. И. Минко, Н. Н. Лесная, Л. М. Маркозова

Индивидуально-психологические особенности лиц с алкогольной зависимостью и их созависимых родственников, влияющие на формирование терапевтического альянса

A. I. Minko, N. M. Lisna, L. M. Markozova

Individual-psychological characteristics of alcoholic individuals and their related relatives influencing therapeutically alliance forming

У статті подано результати дослідження клінічних, соціальних та індивідуально-психологічних чинників формування терапевтичного альянсу в рамках протиалкогольного лікування. Встановлено особливості когнітивних стилів, типи особистості та ролева позиція у терапевтичних відносинах осіб з алкогольною залежністю та їх співзалежних родичів, які знижують якість терапевтичного альянсу. Визначені індивідуально-психологічні особливості осіб з алкогольною залежністю та їх співзалежних родичів треба враховувати під час формування робочих відносин в триаді «лікар-нарколог — пацієнт з алкогольною залежністю — співзалежний родич», що може сприяти підвищенню рівня комплаєнса, утриманню пацієнта у терапевтичній програмі та досягненню стійкої ремісії.

Ключові слова: алкогольна залежність, співзалежність, терапевтичний альянс

В статье представлены результаты исследования клинических, социальных и индивидуально-психологических факторов формирования терапевтического альянса в рамках протиалкогольного лечения. Установлены особенности когнитивных стилей, типы личности и ролевая позиция в терапевтических отношениях лиц с алкогольной зависимостью и их созависимых родственников, которые снижают качество терапевтического альянса. Выделены индивидуально-психологические особенности лиц с алкогольной зависимостью и их созависимых родственников необходимо учитывать при формировании рабочих отношений в триаде «врач-нарколог — пациент с алкогольной зависимостью — созависимый родственник», что может способствовать повышению уровня комплаенса, удержанию пациента в терапевтической программе и достижению устойчивой ремиссии.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, созависимость, терапевтический альянс

The article presents the results of research into the clinical, social and individual psychological factors of the formation of the therapeutic alliance in the framework of alcohol-free treatment. The peculiarities of cognitive styles, types of personality and role in therapeutic relationships of persons with alcohol dependence and their co-dependent relatives, which reduce the quality of therapeutic alliance, are established. The individual psychological features of persons with alcohol dependence and their co-dependent relatives should be taken into account when forming the working relations in the triad, "physician-narcologist — patient with alcohol dependence — a co-dependent relative", which can contribute to increasing the level of compliance, keeping the patient in the therapeutic program and achieving a sustainable remission.

Key words: alcohol dependence, co-dependence, therapeutic alliance

Проблема лікування алкогольної залежності в Україні залишається на цей час достатньо гострою, оскільки результати досліджень свідчать про значне збільшення кількості споживачів психоактивних речовин (ПАР) та алкоголю серед населення, особливо серед осіб молодого віку, що, передусім, неминуче тягне за собою різке підвищення показників захворюваності, травматизації, суїцидальних спроб, а також сприяє залученню молоді до різних видів кримінальної та терористичної діяльності.

Тим часом, ефективність лікування алкогольної залежності невисока. Однією з причин недостатніх результатів протиалкогольного лікування є високий рівень «відсіву» пацієнтів з терапевтичних програм, незалежно від їх виду. За даними літератури, протягом перших 14 днів з початку госпіталізації лікування переривають до 25 % хворих, понад 40 % амбулаторних пацієнтів ігнорують рекомендації лікаря продовжувати прийом ліків та відвідувати психотерапевтичні і консультативні сеанси [2]. Відомо також, що незалежно від діагнозу близько 50 % всієї отриманої від лікаря інформації пацієнти, як правило, забувають, а в 30 % випадків неправильно сприймають лікарські рекомендації [1].

У цих умовах надзвичайно значущим стає формування оптимального терапевтичного альянсу, тобто особливого типу відносин з емпатичним зв'язком між лікарем, пацієнтом та його співзалежним родичем [2, 4, 5]. Визнано, що терапевтичний альянс є одним з головних чинників

утримання пацієнта в лікувальній програмі та досягнення головної мети протиалкогольної терапії — збереження тверезості [3]. Вважається доведеним також, що цей фактор відіграє важливу роль в підвищенні та підтримці комплаєнса [4].

Однак незважаючи на високу практичну значущість цієї проблеми, до теперішнього часу залишаються недостатньо вивченими складні питання про взаємозв'язок клінічних та соціально-психологічних факторів з параметрами альянсу, не визначені предиктори його розриву, не розроблені стратегії зміцнення робочих стосунків саме в складній системі відносин «лікар-нарколог — пацієнт з алкогольною залежністю — співзалежний родич».

Саме тому метою дослідження стало визначення індивідуально-психологічних особливостей осіб з алкогольною залежністю та їх співзалежних родичів, а також характерних для них стратегій міжособової взаємодії, які впливають на формування терапевтичного альянсу.

В роботі використовували комплекс психодіагностичних та статистичних методів.

Психодіагностичний метод реалізували за допомогою методики оцінки ступеня реабілітаційного потенціалу у хворих з синдромом алкогольної залежності (Дудко Т. Н., 2000); методики «Включені фігури» (АКТ-70, К. У. Еттріха в адаптації Шкуратової І. П., 1983) для визначення когнітивного стилю полезалежність-поленеалежність; методики «Порівняння схожих малюнків» (МФФТ, Дж. Каган, 1966) для визначення параметру когнітивного стилю «імпульсивність-рефлексивність»; особистісного опитувальника PDQ-IV (Personality Diagnostic

Questionnaire for DSM-IV) в модифікації В. П. Дворщенка (Дворщенко В. П., 2008); опитувальника «Деструктивні батьківські настанови»; опитувальника The Penn Helping Alliance questionnaire-II — HAq-II для оцінки терапевтичного альянсу; шкали співзалежності «The Codependency Self-Inventory Scale» (Barry K. Weinhold, Janae B. Weinhold, 1989).

Математико-статистичний метод включав методи визначення вірогідних різниць (з використанням *t*-критерію Стьюдента — Фішера) та кореляційний аналіз (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена).

Дослідження проводили на клінічних базах відділу клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України». Було обстежено 80 осіб, із яких 40 хворих з синдромом алкогольної залежності і 40 — їхніх співзалежних родичів.

За результатами методики оцінки раннього терапевтичного альянсу (рис. 1) було встановлено, що по версії лікаря його рівень склав 74,89 балів, по версії пацієнта — 81,45 балів, а по версії співзалежного родича — лише 62,42 бали. Тобто, виявлено, що між лікарем, хворим та співзалежним родичем є значущі розбіжності в оцінці основних параметрів альянсу, як-от стратегічні цілі терапії, способи їх досягнення та емоційний зв'язок, що вказує на значний дисбаланс у робочих відносинах, так званий несиметричний альянс, що може призводити до передчасного переривання терапії.

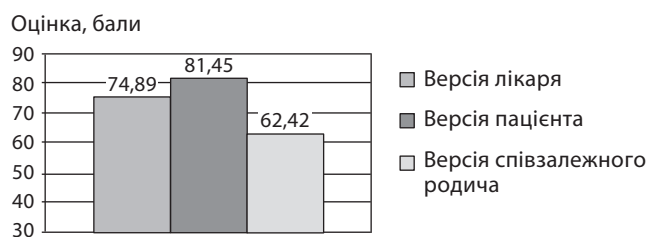


Рис. 1. Оцінка раннього терапевтичного альянсу з погляду лікаря, хворого та співзалежного родича

Дослідження преморбідних та клінічних показників у групах обстежених з високим (28 осіб, або 35 %) або низьким (52 особи, або 65 %) рівнем раннього терапевтичного альянсу показало (рис. 2), що серед осіб із низьким рівнем терапевтичного альянсу вірогідно (різниця вірогідна, $p \leq 0,05$) більше виражені такі показники: спадкова обтяженість щодо алкоголізму, схильність до антисоціальних вчинків, високий рівень психопатизації, виражені афективні порушення, а також наявність синдрому відміни алкоголю, коморбідні розлади (вживання ПАР, гемблінг, емоційна залежність від партнера) та недостатня критика до захворювання.

Було встановлено також, що серед соціально-психологічних чинників з низьким рівнем терапевтичного альянсу асоціюються такі (різниця між рівнями показників у групах вірогідна, $p \leq 0,05$): виховання у материнській родині без участі батька, відсутність інтересу до навчання, пасивне або негативне ставлення до праці та морально-етичне зниження в вигляді безвідповідальності та схильності до обману (рис. 3).

Під час дослідження когнітивних стилів, які являють собою властиві особистості індивідуально-своєрідні способи перероблення інформації про своє оточення, було встановлено (рис. 4), що хворим з алкогольною залежністю більш властивий полезалежний когнітивний стиль (28 осіб або 70,0 %) (тобто цілісне, синтетичне, не-

структуроване сприйняття оточення, при якому оцінка окремих елементів значною мірою підлягає впливу навколишнього перцептивного поля), а їх співзалежним родичам характерний полнезалежний стиль (23 особи або 57,5 %), який проявляється у сприйнятті оточення радше як комбінації окремих елементів, ніж як єдиного цілого, тобто їхнє сприйняття є більш структурованим та аналітичним (різниця між рівнями показників у групах вірогідна, $p \leq 0,05$).

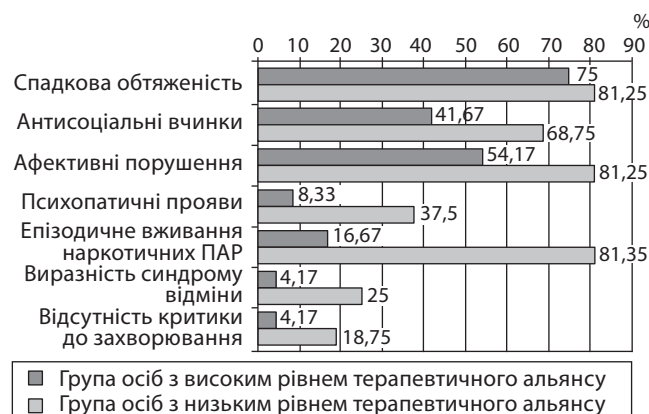


Рис. 2. Результати дослідження преморбідних та клінічних показників у обстежених з високим або низьким рівнем терапевтичного альянсу

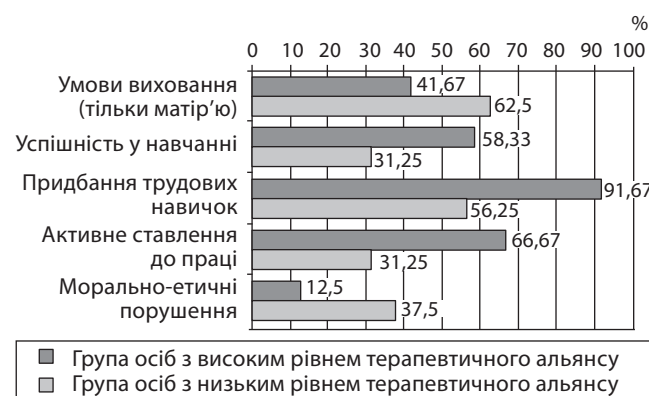


Рис. 3. Результати дослідження соціально-психологічних показників у обстежених з високим або низьким рівнем терапевтичного альянсу



Рис. 4. Представленість когнітивного стилю полезалежність-полнезалежність у групі осіб з алкогольною залежністю та у групі осіб із співзалежністю

У більш широкому контексті, цей стиль характеризує тенденцію суб'єкта під час вирішення завдань покладатися переважно на себе і свої знання (що властиве

родичам хворих) або на домінуючі в цей момент умови середовища (що характерно для самих хворих).

Представленість когнітивного стилю імпульсивність-рефлексивність у групі осіб з алкогольною залежністю та у групі осіб із співзалежністю також виявилася вірогідно різною (різниці між рівнями показників у групах вірогідні, $p \leq 0,05$) (рис. 5). Тобто хворі здебільшого належали до імпульсивного (31 особа — 77,5%), а співзалежні родичі — до рефлексивного (27 осіб — 67,5%) стилю когнітивного реагування.

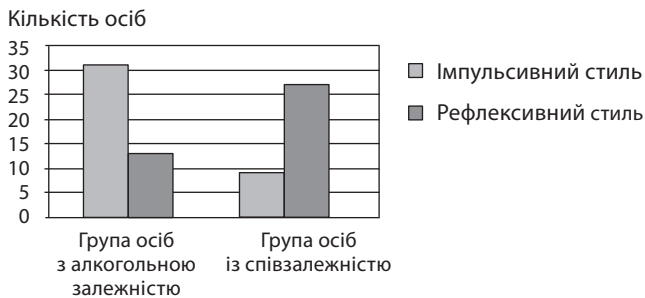


Рис. 5. Представленість когнітивного стилю імпульсивність-рефлексивність у групі осіб з алкогольною залежністю та у групі осіб із співзалежністю

Тобто хворі на алкогольну залежність здебільшого схильні швидко реагувати в ситуації множинного вибору, при цьому гіпотези висуваються без аналізу всіх можливих альтернатив. Для їхніх родичів більш характерним є уповільнений темп реагування в подібній ситуації, гіпотези перевіряються і багаторазово уточнюються, рішення приймається на ґрунті ретельного попереднього аналізу ознак альтернативних об'єктів.

Отже, пацієнти з алкогольною залежністю та їхні співзалежні родичі продемонстрували належність до різних полюсів досліджених когнітивних стилів, що відповідає так званому «конфлікту стилів». Виявлені когнітивні особливості можуть декілька пояснювати одну з проблем терапевтичного альянсу, а саме як важливі характеристики пацієнта опосередковують ту чи іншу інтервенцію лікаря.

Щодо формування оптимального рівня терапевтичного альянсу, то більш сприятливим виявився полезалежний та рефлексивний когнітивні стилі, а менш — полenezалежний та імпульсивний стилі мислення в загальній вибірці осіб.

Визначення типу особистісних акцентуацій показало, що у хворих домінували емоційно-нестійкий, дисоціальний та дистимічний типи, а у їхніх співзалежних родичів — ананкастний, параноїдний та тривожний (різниці між рівнями показників у групах вірогідні, $p \leq 0,05$).

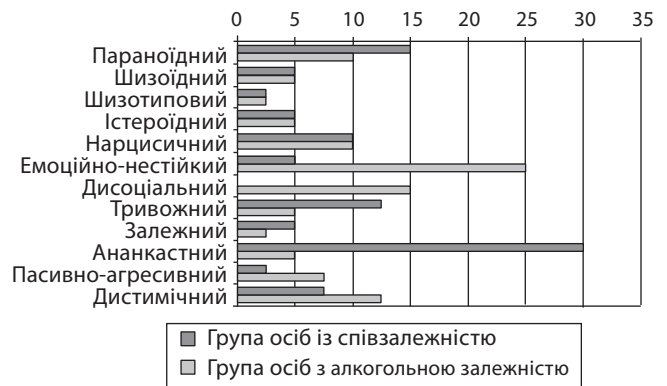


Рис. 6. Тип особистісних акцентуацій обстежених

Дослідження зв'язку визначених типів особистості та рівня терапевтичного альянсу показало, що належність пацієнтів до емоційно-нестійкого, тривожного та істеричного типів асоціювалася з високим терапевтичним альянсом, а домінування рис ананкастного та параноїдного типів пов'язано з низьким рівнем робочих відносин.

В своїй роботі ми досліджували також деструктивні поведінкові моделі, що відповідають «негативним батьківським настановам» (тобто несвідомим посланням, отриманим у дитинстві від значимих дорослих), які проявляються в умовах терапевтичного процесу і мають бути мішенями психокорекції. У терапевтичних співвідносинах поведінка хворих на алкогольну залежність визначалася такими прихованими мотивами: «не існує» (що відбивалося у відчутті провини), «не роби» (пасивність) та «не виростає» (інфантилізм), а його співзалежних родичів — «не будь дитиною» (гіпервідповідальність), «не відчувай» (емоційне притуплення), «не довіряй» (закритість).

Під час кореляційного аналізу показників типу особистісної акцентуації та «негативних батьківських настанов» було визначено декілька вірогідних зв'язків. У таблиці 1 наведено тип особистості, характерні йому «негативні батьківські настанови» та рольова позиція, яку пацієнт демонструє у терапевтичних відносинах.

Таблиця 1. Тип особистості, «негативні батьківські настанови» та рольова позиція обстежуваного у терапевтичних відносинах

Тип особистості	Негативні батьківські послання	Деструктивний паттерн поведінки
Параноїдний	«Не довіряй»	«Ригідний»
Шизотиповий	«Не будь близьким», «Не належи»	«Іронічно-зневажливий»
Емоційно-нестійкий	«Не існує», «Не виростає», «Не думай»	«Імпульсивний»
Дисоціальний	«Не існує», «Не відчувай», «Не думай»	«Негативістичний»
Нарцисичний	«Не будь собою», «Не будь близьким», «Не відчувай», «Не довіряй»	«Унікальний»
Тривожний	«Не виростає», «Не будь першим», «Не належи»	«Інфантильний»
Ананкастний	«Не будь дитиною»	«Перфекційний»

Так параноїдній особистості властива настанова «не довіряй» та ригідний стиль поведінки; шизотиповому — «не будь близьким», «не належи» та іронічно-зневажлива позиція; емоційно-нестійкому — «не існує»,

«не виростає», «не думай» та імпульсивна поведінка; дисоціальному типу характерно настанови — «не існує», «не відчувай», «не думай» та негативістична, знецінююча позиція; нарцисичному типу — «не будь собою», «не будь

близьким, «не відчувай», «не довіряй» та поведінка з наголосом на своїй унікальності; тривожному типу властиві настанови «не виростає», «не будь першим», «не належи» й інфантильний поведінковий паттерн; ананкастному типу особистості характерно настанова «не будь дитиною» та перфекційна поведінка.

Визначені індивідуально-психологічні особливості хворих на алкогольну залежність та їх співзалежних родичів можуть слугувати виявленню закономірностей формування відносин в триаді «лікар-нарколог — пацієнт з алкогольною залежністю — його співзалежний родич», встановленню чинників укріплення робочого альянсу та розробленню оптимальної структурованої моделі терапевтичного альянсу, яка, насамперед, може бути використана в роботі терапевтичних і реабілітаційних програм, що і стане завданнями наступних етапів нашої роботи.

Список літератури

1. Клиническая психология : учебник. 3-е изд-е / [под ред. Б. Д. Карвасарского]. СПб.: Питер, 2007. 959 с.
2. Материали ООН. Инвестиции в лечение наркомании — документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики / [под ред. А. Т. Маклеллан] // Наркология. 2005. № 4. С. 18—62.
3. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Мотивация в контексте первичной, вторичной и третичной профилактики наркоманий // Там же. 2002. № 8. С. 26—30.
4. Шестопалова Л. Ф. Психология лікувального процесу: сучасні проблеми та перспективи дослідження // Медицинская психология. 2006. Т. 1, № 4. С. 30—32.
5. Ardito R. B., Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects

for research // *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*. 2011. Vol. 2. Art. 270. pp. 1—11. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00270.

Надійшла до редакції 24.05.2018 р.

МІНКО Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, керівник відділу клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), професор кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти та науки України, м. Харків, Україна; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

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

МАРКОЗОВА Любов Михайлівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: marklubov15@gmail.com

MINKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical and Social Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Professor of the Department of clinical Neurology Psychiatry and Narcology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University of Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

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

MARKOZOVA Lubov, MD, PHD, Research Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: marklubov15@gmail.com