

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 61:15:351.761.1-08

Н.Г. Пшук¹, М.В. Маркова², Є.Я. Пшук¹
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ
КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ЧОЛОВІКІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІВінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова¹Харківська медична академія післядипломної освіти²**Ключові слова:** алкогольна залежність, копінг-поведінка, копінг-ресурси, копінг-стратегії, соціальна підтримка, психокорекція

В останні роки на теренах нашої держави невпинно збільшується кількість осіб, які страждають на алкогольну залежність (АЗ) [1, 2, 11, 12]. Формування АЗ стає вірогідним на тлі тривалого та інтенсивного стресу, де в якості хронічних стресорів виступають психологічні та соціальні проблеми: міжособистісні конфлікти, відсутність адекватної самореалізації, низький матеріальний рівень, недостатній рівень соціальних контактів [3, 4, 22].

Вживання алкоголю стає домінуючим способом подолання емоційного дистресу, уникнення життєвих проблем та способом досягнення ілюзорного благополуччя, сприяє нівелюванню тривоги, психоемоційного дисбалансу та підвищенню настрою. Однак, стрес-редуюча функція алкоголю підтримує мотивацію на його постійне вживання і закріплює формування певного стилю поведінки [9].

Чинне місце у формуванні поведінкових паттернів у хворих на АЗ відведено копінг-механізмам, основними складовими яких є особистісні комунікативні копінг-ресурси (КР) та базисні копінг-стратегії (КС). Їх недостатня сформованість, як захисних психологічних механізмів, поглиблює негативний вплив алкоголю та призводить до порушення психічної адаптації хворих з АЗ [5, 10, 16 – 21].

Важливим аспектом психологічних досліджень копінг-поведінки осіб, які є залежними від алкоголю, є вивчення процесу соціальної підтримки, відсутність якої, як стратегічного психологічного ресурсу, поглиблює мотивацію на постійне та систематичне вживання алкоголю. Сформована АЗ призводить до соціальної ізоляції хворих, порушення сімейних та трудових стосунків, погіршення загальної якості життя, формування нового комунікативного кола, функціонування якого спрямоване на подовження алкоголізації [6 – 8, 10, 13 – 15].

Неухильне зростання кількості хворих на АЗ, соціальне функціонування яких супроводжується асоціальними поведінковими паттернами, свідчить про необхідність інтенсивної розробки і апробації реабілітаційних програм психологічного спрямування. Між тим, в Україні відсутні наукові роботи щодо вивчення особливостей формування копінг-поведінки хворих на АЗ. Не вивчені психологічні особливості функціону-

вання КР та КС, не уточнені особливості процесу сприйняття соціальної підтримки з метою розвитку високофункціонального поведінкового стилю, відсутні ефективні програми психотерапевтичної корекції щодо формування та розвитку конструктивних поведінкових паттернів у хворих на АЗ. Значна медико-соціальна значущість означеної проблеми та відсутність систематизованих уявлень щодо співвідношення клінічних та психологічних чинників у формуванні та розвитку поведінкових паттернів при АЗ, зумовили актуальність проведення даного дослідження, **метою** якого було ідентифікація клініко-психологічних та соціально-психологічних предикторів копінг-поведінки у хворих, залежних від алкоголю та розробка програми психотерапевтичної корекції, спрямованої на розвиток конструктивних поведінкових паттернів у пацієнтів.

Характеристика обстежених. В основу дослідження покладено результати обстеження 114 хворих на АЗ (основна група), які перебували на під спостереженням у Вінницькому комунальному закладі «Соціотерапія» у 2007 – 2009 рр. В дослідження були включені пацієнти, у яких було діагностовано синдром залежності від алкоголю (F10.25, F10.26 згідно критеріїв МКХ-10). Групу контролю склали 55 практично здорових чоловіків. Всі респонденти, які були включені в дослідження, дали добровільну згоду на участь в ньому, вільно володіли російською та українською мовами, що дозволило виконати повноцінне клінічне та психодіагностичне обстеження.

Для досягнення мети та вирішення поставлених задач дисертаційне дослідження проводили у декілька етапів. На першому етапі здійснювалась медико-соціальна оцінка властивостей пацієнтів, на підставі визначення їх соціально-демографічних характеристик, особливостей сімейного стану, преморбідного фону захворювання, тощо. В подальшому, в ході проведення другого етапу наукової роботи, вивчались особливості комунікативних КР хворих на АЗ. Завданням третього етапу було вивчення особливостей процесу сприйняття соціальної підтримки хворими з АЗ на основі вивчення базових КС, зіставлення значення клінічних та психологічних чинників у формуванні поведінкових паттернів. Четвертий етап включав обґрунтування та

розробку програми психотерапевтичної корекції хворих на АЗ, що ґрунтувалась на формуванні та розвитку конструктивних форм поведінки.

Вік більшості хворих на момент дослідження був у діапазоні від 21 до 40 років (76,3%). Середній вік обстежених основної групи становив $36,1 \pm 3,3$ роки, контрольної – $35,4 \pm 2,7$ років.

Зі всього загалом обстежених основної групи вищу освіту отримали 43 (37,7%) особи, середню спеціальну – 35 (30,7%), середню освіту – 36 (31,6%) осіб. В групі контролю середню освіту мали 3 особи (5,5%), середню спеціальну – 11 (20,0%), вищу освіту отримала 41 особа (74,5%).

Більшість хворих основної групи працювали різноробочими в приватних структурах – 63 (53,3%); службовців було 28 (24,6%); 23 пацієнта взагалі не мали постійного місця роботи (20,2%). В групі контролю 39 (70,9%) осіб були працівниками бюджетної сфери та 16 (29,1%) – працівниками приватних фірм.

Аналіз сімейного стану хворих на АЗ показав несприятливі тенденції в ракурсі їх сімейної адаптованості. В шлюбі перебувало 76 (66,6%) хворих, 27 (23,6%) були розлучені, 11 (9,6%) ніколи не перебували у шлюбі; в контрольній групі обстежених 46 осіб (83,6%) перебували у шлюбі. 9 осіб (16,4%) ніколи не були одружені.

Перша спроба вживання алкогольних напоїв у пацієнтів основної групи реєструвалася у віці 14 – 20 років (в середньому $16,1 \pm 0,8$ років). Серед причин, які призводили до АЗ, за даними опитування, були: несприятливі життєві обставини, сімейні конфлікти, напружені стосунки з однолітками. Вживання алкоголю зі шкідливими наслідками у 55,3% було виявлено у віці до 30 років.

У більшості хворих (84 особи, 73,6%) тривалість АЗ була до трьох років, у 27 (23,7%) – до 6 років.

Аналіз кількості госпіталізацій показав, що 38 (33,3%) хворих основної групи тричі перебували на стаціонарному лікуванні; 53 (46,5%) пацієнта перебували на стаціонарному лікуванні двічі; 23 (20,2%) пацієнта поступили на стаціонарне лікування лише один раз.

Тривалість терапевтичної ремісії у 61 (53,5%) хворого була до 6 місяців, у 42 (36,8%) – до 8 місяців, у 11 (9,6%) пацієнтів – до 4 місяців (в середньому по групі – $5,1 \pm 0,4$ міс.).

Методи дослідження. Всім хворим було проведено комплексне соціально-демографічне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження. Для діагностики АЗ використовували методику AUDIT (J. V. Saunders, O. G. Aasland, T. E. Babor, 1993). Вивчення базисних КС ґрунтувалось на використанні психодіагностичної методики «Індикатор стратегій подолання стресу» (CSI). Методика була створена J.H. Amirkhan в 1988 році та адаптована для проведення досліджень в Росії Н. А. Сиротою та В. М. Ялтонським (Н. А. Сирота и соавт., 1994). Оцінка особистісних комунікативних КР емпатії, афіліація та чутливості до знехтування

проводилась адаптованою до використання в Росії Л. П. Тер-Багдасаряном методикою виміру емоційної емпатії А. Меграбян (Л. П. Тер-Багдасарян, 1990). Для діагностики міжособистісних стосунків була використана методика Т. Лірі (за Д. Я. Райгородським, 2008). Дослідження сприйняття соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPS, що була розроблена G. D. Zimet в 1988 році та адаптована до використання в Росії (Н. А. Сирота, 1994, В. М. Ялтонський, 1995). Для дослідження конструктивів копінг-поведінки була використана методика Е. Неім (1988). Визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК) проводилось за однойменною методикою Дж. Роттера (адаптація Є. Ф. Бажина, Є. В. Голинкіної, А. М. Еткінда, 2002); механізми психологічного захисту діагностували за методикою «Індекс життєвого стилю» (Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова, 1998); вивчення типу комунікативної установки проводили за методикою В. В. Бойка (за Д. Я. Райгородським, 2008); оцінку якості життя вивчали за методикою J. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperes et al., 1999. Обробка одержаних даних здійснювалась методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналіз) за допомогою стандартних програмних пакетів «Statistica 5.5 for Windows» та «SPSS 12.0 for Windows».

Результати дослідження. Проведене комплексне обстеження дозволило встановити, що у формуванні копінг-поведінки чоловіків, які є залежними від алкоголю, чільне місце займають особистісні комунікативні КР та КС, рівень функціонування просоціальних мереж, механізми психологічного захисту та їх кореляція з клінічними проявами АЗ.

Дослідження комунікативних КР (афіліація, емпатія, сенситивність до знехтування) показало недостатню сформованість емпатійної та афіліативної тенденцій у хворих, які є залежними від алкоголю. Так, за субшкалою «емпатичні тенденції» рівень розвитку ознаки був достовірно нижчим у порівнянні зі здоровими чоловіками і становив $10,2 \pm 0,51$ балів у хворих на АЗ та $16,7 \pm 0,33$ балів у здорових чоловіків ($p < 0,01$); виразність показника афіліації становила $11,5 \pm 0,87$ балів у хворих на АЗ та $17,4 \pm 0,12$ бали у практично здорових чоловіків ($p < 0,05$). Однак, сенситивність до знехтування була достовірно вищою у групі хворих на АЗ у порівнянні з практично здоровими чоловіками ($13,9 \pm 0,53$ бали проти $9,1 \pm 2,4$ бали, $p < 0,01$).

Вивчення рівня комунікативних КР в динаміці розвитку АЗ у пацієнтів дало змогу визначити, що показники рівня емпатії та афіліації мали тенденцію до подальшого зниження з ростом тривалості АЗ. Так, при тривалості АЗ до 3 років показник емпатії становив $10,9 \pm 0,32$ балів, а у хворих з АЗ 4 роки та більше – $8,67 \pm 0,44$ балів ($p < 0,05$); показники афіліації, відповідно, $12,2 \pm 0,17$ балів і $9,88 \pm 0,12$ балів ($p < 0,01$). Між тим, визначено подальше збільшення показників тенденції «сенситивність до знехтування» з подовженням тривалості хвороби ($13,3 \pm 0,55$ балів та $15,7 \pm 0,19$ балів,

$p < 0,01$). Встановлені особливості свідчили про виснаження у хворих на АЗ таких особистісних комунікативних КР, як емпатія та афіліація. Посилення тенденції до знехтування сприяло соціальної відмежованості хворих, збільшенню відчуття дистанціювання у стосунках з оточуючими, що детермінувало використання ними неадаптивних поведінкових стратегій в проблемних ситуаціях.

Дослідження Я-концепції, як одного з основних особистісних ресурсів подолання стресових ситуацій, виявило зміни її структурних компонентів у хворих на АЗ. Так, у пацієнтів основної групи у сфері «Я-реальне» максимальний бал визначався за 8, 3 та 1 октантами, мінімальний – за 5 та 6 октантами. За 1 октантою (власно-лідуючий тип), 3 (прямолинійно-агресивний) результати перевищували 8-бальну оцінку, що свідчило про особистісну акцентуацію та труднощі в соціальній адаптації. Хворі на АЗ оцінювали себе як самовпевнених, прямолинійних, скептичних. Водночас, відмічали наявність тривожних побоювань, емоційну нестійкість, відсутність самостійності та ініціативи у починаннях, на відміну від здорових осіб. Незважаючи на домінування в стосунках прямолинійності, хворі вважали себе доброзичливими, комунікабельними, намагались всім дати поради, настанови, хоча були драгітливими, агресивними, демонстрували самовпевненість та незалежність у стосунках.

У здорових чоловіків максимальні значення у сфері «Я-реальне» реєструвались за 7 октантою (афіліативність-співпраця), що свідчило про гармонійні та достатньо адаптивні можливості особистості.

У сфері «Я-ідеальне» пацієнти, які були залежними від алкоголю, хотіли бути менш прямолинійними, підозрілими, тривожними, доброзичливими, більш впевненими у собі та конгруєнтними з оточуючими їх людьми.

Вивчення типології міжособистісних стосунків в динаміці розвитку АЗ показало, що у пацієнтів з загальною тривалістю хвороби до 3 років виявлялось переважання відповідально-великодушного та співпрацюючо-конвенціонального типів стосунків (52,7%). Владно-лідуючий тип визначався у 32,7% та залежно-покірливий у 14,5%. З подовженням тривалості АЗ (4 роки та більше) виявлялося переважання залежно-покірливого типу міжособистісних стосунків (55,9%), в той час коли владно-лідуючий тип реєструвався у 27,1%, покірливо-слухняний – у 16,9 % пацієнтів.

Таким чином, в перебігу АЗ у пацієнтів реєструвалися дихотомічні тенденції у інтерперсональних стосунках. З одного боку, виявлялися риси пасивного конформізму, а з іншого – посилювалися агресивно-деспотичні тенденції з прихованим негативізмом, що сприяло формуванню дезадаптивного поведінкового стилю у пацієнтів з АЗ.

Дослідження РСК у хворих на АЗ дало змогу визначити, що у пацієнтів основної групи встановлено тенденцію пов'язувати свої досягнення, успіхи, певну вдачу з зовнішніми обставинами, вважати, що життєві

негаразди акумулюються саме на їх шляху, звинувачувати оточуючих у власних проблемах ($p < 0,05$). Низька інтернальність у сфері міжособистісних стосунків свідчила про нездатність хворих на АЗ сформувати активне коло спілкування, а формально-особистісні стосунки, на їх думку, були результатом активної дії партнерів. Пацієнтами повністю нівелювалася потреба взяти на себе будь-яку відповідальність за поточні події.

Вивчення комунікативної установки хворих на АЗ, як чинника впливу на відношення особистості до налагоджування інтерперсональних стосунків показало, що у хворих на АЗ, у порівнянні з практично здоровими чоловіками, переважали прихована та відкрита ворожість, небезпідставний негативізм та упереджене судження про людей ($p < 0,05$). Це перешкоджало хворим на АЗ моделювати позитивно-емпатичну взаємодію у стосунках за рахунок власного негативного досвіду у формуванні комунікативної активності. Також встановлено, що з подовженням тривалості АЗ у пацієнтів підвищувався рівень відкритої ворожості ($p < 0,01$).

Таким чином, у хворих на АЗ визначався низький розвиток особистісних психологічних комунікативних КР та їх поступове виснаження в динаміці захворювання, що перешкоджало розвитку конструктивних поведінкових паттернів.

Аналіз спектру психогенних чинників, що виступали в якості актуальної для особистості психічної травми та призводили до появи станів психоемоційного напруження зі зниженням фрустраційної толерантності у хворих, які є залежними від алкоголю, показало, що, на відміну від практично здорових чоловіків, у хворих на АЗ частіше зустрічались наявні проблеми, пов'язані з фінансовим забезпеченням ($p < 0,05$), міжособистісною комунікацією ($p < 0,01$) та працевлаштуванням ($p < 0,05$).

Порівняльне вивчення процесу соціальної підтримки у хворих, які є залежними від алкоголю, та здорових чоловіків, дозволило визначити, що в якості донорів соціальної підтримки в проблемних та стресових ситуаціях для пацієнтів основної групи виступали «сім'я», «друзі», «важливі інші». 67,0% хворих на АЗ оцінювали внутрішньосімейні стосунки негативно і не вважали, що соціальна мережа «сім'я» є для них джерелом соціальної підтримки. Соціальна мережа «друзі» у пацієнтів з АЗ була представлена дезінтегрованою структурою, а в якості друзів виступали партнери по алкоголізації. 45,0% обстежених пацієнтів припиняли будь-які стосунки з колишніми друзями, знецінювали дружні стосунки, що було наслідком регулярного шкідливого вживання алкоголю. У соціальній мережі «важливі інші» у хворих на АЗ провідне місце займали партнери по алкоголізації (42,0%).

У пацієнтів з АЗ визначався достовірно більш низький суб'єктивний рівень здатності до сприйняття соціальної підтримки у порівнянні з здоровими чоловіками (відповідно, $5,1 \pm 2,0$ балів та $9,6 \pm 1,5$ балів, $p < 0,01$).

Дослідження кореляційних зв'язків між показниками комунікативних КР (емпатія, афіліація, сенситивність до знехтування) та показниками сприйняття соціальної підтримки показало, що у осіб, які є залежними від алкоголю, мало місце більш позитивне сприйняття соціальної підтримки з боку сфер «сім'я» та «важливі інші» ($p < 0,01$). Високий рівень сприйняття соціальної підтримки зі сфер «сім'я», «друзі» та «важливі інші» визначався у хворих при наявності потреби в афіліації. Зі збільшенням значень показника «сенситивність до знехтування», у пацієнтів з АЗ відбувалось зниження сприйняття соціальної підтримки з боку сфери «важливі інші» ($p < 0,05$).

Таким чином, АЗ, яка мала місце у пацієнтів основної групи, надала деструктивний вплив на соціальні мережі, не давала змоги отримати ефективну соціальну підтримку, сприяла руйнації просоціальних підтримуючих мереж. Оточення, що сприяло подовженню алкоголізації, ставало необхідною референтною групою для особистостей з АЗ і безпосередньо формувало дезадаптивний стиль індивідуальної поведінки.

Аналіз показників сприйняття соціальної підтримки за субшкалами «сім'я», «друзі», «важливі інші» (табл. 1) показав, що зі збільшенням соціальної підтримки за субшкалою «сім'я» у хворих збільшувалося сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «друзі» ($r = 0,342$) та «важливі інші» ($r = 0,589$). Одночасно, збільшення сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «друзі» сприяло збільшенню сприйняття соціальної підтримки за субшкалою «важливі інші» ($r = 0,479$).

Таблиця 1

Усереднені показники сприйняття соціальної підтримки хворими на АЗ та здоровими чоловіками (бали, $M \pm m$)

Субшкали	Основна група, $n=114$	Група контролю, $n=55$	$P <$
Сім'я	1,5 \pm 0,7	3,4 \pm 0,2	0,01
Друзі	1,3 \pm 1,2	3,1 \pm 0,5	0,01
Важливі інші	2,3 \pm 0,1	3,1 \pm 0,8	0,01
Сумарна оцінка	5,1 \pm 2,0	9,6 \pm 1,5	0,01

Результатом наявності АЗ у хворих були глибокі порушення не лише в структурі соціально-підтримуючої мережі, але й закономірне зниження використання пацієнтами базисних КС.

Так, КС «пошук соціальної підтримки» та «вирішення проблем» пацієнтів значно рідше використовувались пацієнтами з АЗ, у порівнянні зі здоровими чоловіками (відповідно, 18,1 \pm 0,7 балів 28,2 \pm 0,3 балів, $p < 0,01$ та 21,9 \pm 0,1 та 29,1 \pm 0,7 балів, $p < 0,01$) (табл. 2). Дана обставина була свідченням низької сформовано-

сті індивідуального досвіду вирішення тих життєвих проблем, де саме соціальна підтримка відігравала визначальну роль. На відміну від пацієнтів з АЗ, здорові чоловіки використовували стратегію соціальної підтримки адекватно ситуації, що призводило до формування успішного колективного досвіду подолання проблем, орієнтації на досягнення успіху та впевненість у тому, що підтримка представників соціальних мереж є адекватною, своєчасною та нагальною. КС «уникнення» достовірно виразніше, у порівнянні зі здоровими чоловіками, використовувалась хворими на АЗ (26,2 \pm 0,5 балів проти 16,3 \pm 1,4 бали, $p < 0,01$). Тобто, у хворих з АЗ, на відміну від здорових чоловіків, тенденція до уникнення проблем та зниження інтенсивності використання активних способів подолання стресу була виражена значно більше. Однак, використання КС «уникнення» лише нівелювало наявну проблему, а не вирішувало її.

Таблиця 2

Усереднені показники базисних копінг-стратегій хворих на АЗ та здорових чоловіків (бали, $M \pm m$)

Стратегії	Основна група, $n=114$	Група контролю, $n=55$	$P <$
Пошук соціальної підтримки	18,1 \pm 0,7	28,2 \pm 0,3	0,01
Вирішення проблем	21,9 \pm 0,1	29,1 \pm 0,7	0,01
Уникнення	26,2 \pm 0,5	16,3 \pm 0,3	0,01

Вивчення особливостей формування стрес-долаючої поведінки (копінг-поведінки) з урахуванням стану когнітивної, емоційної та поведінкової сфер осіб, які є залежними від АЗ, дозволило визначити переважаючі неконструктивних та відносно конструктивних поведінкових стереотипів ($p < 0,05$).

Серед психологічних конструктів у поведінковій сфері найчастіше зустрічались «активне уникнення» (39,4%) та «відступ» (16,6%) при неконструктивній поведінці та «компенсація» (11,4%) при відносно конструктивній поведінці.

У когнітивній сфері неконструктивна поведінка формувалась за рахунок таких психологічних конструктів, як «дисимуляція» 27,1% та «ігнорування» (18,4%).

У емоційній сфері неконструктивну поведінку обумовлювало домінування «придушення емоцій» (43,2%) та «агресивності» (22,8%).

Вивчення показників якості життя хворих на АЗ продемонструвало зниження його рівня за всіма сферами у порівнянні зі здоровими чоловіками ($p < 0,05$). За середньою по всім шкалам інтегральною оцінкою показника якості життя найбільш тісний взаємозв'язок мали такі складові, як фізичне благополуччя ($r = +0,79$), самообслуговування та незалежність в діях ($r = +0,76$), а

також загальне сприйняття якості життя ($r=+0,73$).

Дані кореляційного аналізу щодо взаємозв'язку між базисними КС та показниками якості життя свідчили про переважне використання КС «уникнення» у хворих на АЗ. Визначався прямий кореляційний зв'язок середньої сили між фізичним благополуччям та такими КС, як пошук соціальної підтримки ($r=+0,43$) та уникнення ($r=+0,41$); показники психологічного та емоційного благополуччя прямо корелювали з такими КС, як уникнення ($r=+0,52$) та пошук соціальної підтримки ($r=+0,31$); самообслуговування та незалежність в діях позитивно корелювали з КС «вирішення проблем» ($r=+0,32$); працездатність мала позитивний кореляційний зв'язок з КС «вирішення проблем» ($r=+0,24$) та «уникнення» ($r=+0,40$); «міжособистісна взаємодія» позитивно корелювала з КС «уникнення» ($r=+0,48$), а «соціо-емоційна підтримка» – з КС «пошук соціальної підтримки» ($r=+0,52$); «самореалізація» та «службова та суспільна підтримка» позитивно корелювала з КС «уникнення» ($r=+0,31$ та $r=+0,45$).

Аналіз мотивів вживання алкоголю у хворих на АЗ показав, що серед соціально-психологічних мотивів у пацієнтів переважали традиційні мотиви (36,5%); у групі особистісно-значущих – гедоністичні (43,7%); серед патологічних найчастіше реєструвалися абстинентні мотиви (52,0%).

Вивчення мотивів, що призводять до розвитку АЗ, у співставленні з домінуючими особистісними психологічними конструктами, дозволило визначити пускові механізми формування й підтримки залежної поведінки у хворих з АЗ. Встановлено, що когнітивна складова копінг-поведінки позитивно корелювала з соціально-психологічними мотивами вживання алкоголю

($r=0,57$); емоційна сфера – з особистісно-значущими мотивами ($r=0,48$); поведінкова – з патологічними мотивами вживання алкоголю ($r=0,51$).

Серед клінічних предикторів формування АЗ визначалися: постійний стиль вживання алкоголю, який, із високим ступенем достовірності, позитивно корелював із питаннями наявності безпеки для фізичного ($p<0,05$), психологічного ($p<0,05$) та психічного здоров'я ($p<0,01$).

Найбільш суттєвими медико-соціальними наслідками АЗ були: нехтування навчанням, роботою, домашніми справами, похмільний синдром, палімпсести, фізичні травми ($p<0,05$).

Проведений клініко-психологічний аналіз особливостей формування копінг-поведінки хворих на АЗ дозволив визначити основні чинники, які формували неконструктивний поведінковий стиль реагування у станах психоемоційного напруження. Психологічні чинники: низький рівень розвитку комунікативних КР (емпатія, афіліація), низький рівень диференціації Я-образу, негативний емоційний резонанс з високим рівнем прихованої ворожості у міжособистісній взаємодії, низькі показники інтернальності, домінування базисної КС «уникнення». Соціально-психологічні: негативні стресогенні чинники соціально-економічного змісту, відсутність здатності до сприйняття соціальної підтримки, дезінтеграція просоціальних мереж. Клінічні: відсутність ситуаційного та кількісного контролю вживання алкоголю, атипові форми сп'яніння, домінування патологічних мотивів вживання алкоголю.

Розроблена програма психотерапевтичної корекції базувалась на принципах диференційованості, комплексності, послідовності, етапності. Її метою було

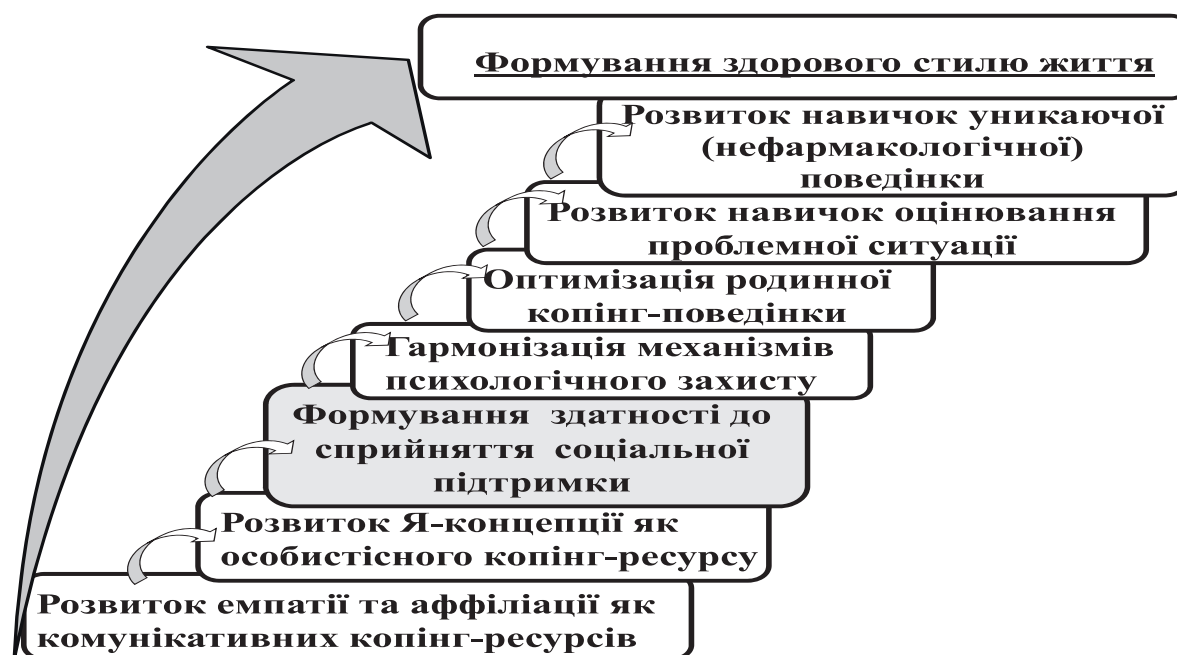


Рис. 1. Структура програми психотерапевтичної корекції, спрямованої на формування конструктивної копінг-поведінки у хворих на АЗ

досягнення стійкої ремісії в результаті корекції комунікативних КР та домінуючих КС, як основних складових копінг-поведінки у хворих з АЗ та розвиток адекватної соціально-підтримуючої мережі хворих.

Психотерапевтична робота (загалом 48 занять, одне заняття тривалістю 60 хвилин) проводилась у межах засад когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгу соціальних та комунікативних навичок з використанням елементів еріксонівського гіпнозу.

Блоки-мішені програми (рис. 1): розвиток емпатії та афіліації, як комунікативних КР; розвиток Я-концепції як особистісного КР; здатність до сприйняття соціальної підтримки; механізми психологічного захисту (нівелювання алкогольної анозогнозії); родинна копінг-поведінка; навички оцінювання проблемної ситуації; розвиток навичок уникаючої (нефармакологічної) поведінки; формування здорового стилю життя.

З метою оцінки ефективності розробленої програми, було сформовано дві групи хворих. Перша група, 47 пацієнтів прийняли участь у програмі психотерапевтичної корекції та 67 пацієнтів (друга група), перебували під нашим спостереженням, але відмовились від участі у програмі.

Критерієм ефективності розробленої та апробованої нами психотерапевтичної програми були показники тривалості терапевтичної ремісії, яку ми оцінювали за суб'єктивними (зі слів пацієнта і його родичів) та об'єктивними показниками (дослідження якості життя). Впровадження розробленої програми психотерапевтичних заходів дозволило констатувати наявність терапевтичної ремісії протягом року у 68,1% хворих, які прийняли участь у програмі (перша група) та у 47,1% пацієнтів другої групи ($p < 0,01$). Звернулись по допомогу до лікаря-нарколога протягом року 14,8% пацієнтів першої групи та 37,2% хворих другої групи ($p < 0,01$).

Дослідження якості життя хворих дозволило визначити, що в групі пацієнтів, які прийняли участь у програмі психотерапевтичної корекції, реєструвалося його покращання у порівнянні з хворими другої групи за наступними показниками: фізичне благополуччя, психологічне та емоційне благополуччя, соціо-емоційна підтримка, міжособистісна взаємодія ($p < 0,05$).

Література:

1. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський, Н. П. Волошина, К. Д. Гапонов // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 3 (28). – С. 7–9.
2. Епідемії алкоголізму та нарко-токсікоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України (Аналітико-статистичний довідник 1990–2008 pp.). – Київ–Харків, 2009. – 168 с.

3. Кравцова Т.В. Стратегии совладающего поведения у женщин молодого возраста с разными формами донозологического потребления алкоголя / Т.В.Кравцова, Л.П.Великанова // Вопросы наркологии. – 2010. – №1. – С. 6–8.
4. Колпаков Я.В. Ценностно-смысловые и эмоциональные предикторы мотивации на лечение лиц, зависимых от алкоголя / Я.В.Колпаков, В.М.Ялтонский, Г.И.Ромащенко // Вопросы наркологии. – 2009. – №6. – С. 29–33.
5. Мазурова Л. В. Особенности психологической защиты и копинг-стратегий у женщин с алкогольной зависимостью (психокоррекционный аспект) / Л. В. Мазурова. – М.: Тезис, 2009. – 156 с.
6. Ненастьева А.Ю. Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике / А.Ю. Ненастьева, Е.О.Бойко, Г.Л.Гуревич // Наркология. – М. – 2007. – №2. – С. 32–37.
7. Павлов И.С. Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику / И.С.Павлов // Наркология. – 2005. – №8. – С. 11–15.
8. Павлов И.С. Интрапсихическая реабилитация в наркологии / И.С.Павлов // Вопросы наркологии. – 2009. – №6. – С. 11–14.
9. Пішель В.Я. Допомога при психічних розладах та станах залежності / В.Я.Пішель, М.Ю. Ігнатів, М.Ю. Полів'яна. – К., 2004. – 83 с.
10. Сирота Н.А. Теоретические основы копинг-профилактики наркоманий как база для разработки практических превентивных программ / Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский // Вопросы наркологии. – 1996. – №4. – С. 5–7.
11. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.
12. Табачников С.И. Эпидемиологическая ситуация относительно употребления психоактивных веществ в Украине / С.И.Табачников, Д.С.Лебедев, Г.Б.Трофимчук, Ю.Ю.Мартынова // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15. – №1(56). – С. 81–88.
13. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение зависимости от психоактивных веществ / В.М.Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2009. – №6. – С. 47–50.
14. Barrera M.J. Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues / M.J. Barrera // B.H. Gottlieb (Eds.) Social network and social support. – London: Beverly Hills, CA: Sage, 2007. – P. 69–96.
15. Both B.M. Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis / B.M.Both [et al.] // Amer. J. on Drug and Alcohol Abuse. – 2002. – Vol.18. – P. 87–101.
16. Carver C.S. Assessing coping strategies / C.S. Carver, M.F. Sheier // J. of Person and Soc. Psychol. – 2009. – №56. – P. 267–283.
17. Coyne J.C. Cognitive style, stress perception and coping / J.C. Coyne, R.S. Lazarus // Kutash I.L., Schlesinger L.B. (Eds.). Handbook on stress and anxiety. – 2010. – P. 144–158.
18. Felton B.J. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults / B.J.Felton [et al.] // Soc Sci Med. – 2007. – Vol.18. (10). – P. 89–98.
19. Karwacki S.B. Coping, Drinking Motives, Goal attainment Expectancies and Family Models in Relation to alcohol. Use among College Students / S.B.Karwacki, J.P. Bradley // J. of Drug Education. 2006. – Vol.26. (3). – P. 245–255.
20. Parkes K.R. Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes / K.R. Parkes // J Pers. Soc. Psychol. – 2004. – Vol.46.(3). – P. 55–68.
21. Pearlin L.I. The structure of coping / L.I.Pearlin, C.Schooler // J. of Health and Social Behavior. – 2008. – Vol.19 –P.2–21
22. Seifert T.L. The relationship of work avoidance and learning goals to perceived competence, externality and meaning / T.L. Seifert, B.A. O'Keefe // Brit. J. Educ. Psychol. – 2009. – Vol. 71. – P. 81–92.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Г. Пшук, М.В. Маркова, Е.Я. Пшук

На основе обследования с позиций системного подхода 114 пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) и 55 практически здоровых мужчин, определены причины и механизмы формирования копинг-поведения мужчин с АЗ. Установлены клинико-психологические и социально-психологические предикторы копинг-поведения у больных с АЗ. Исследованы особенности коммуникативных копинг-ресурсов (эмпатии, аффилиации, сензитивности к поправке), базисных копинг-стратегий (разрешение проблем, способность к восприятию социальной поддержки, избегание) и особенности процесса социальной поддержки у больных с АЗ. Определены приоритетные психологические конструкты формирования неконструктивной и относительно конструктивной копинг-поведения мужчин с АЗ. Среди последних преобладают «активное избегание» (39,4%) и «отступление» (16,6%) в поведенческой сфере, «диссимуляция» (27,1%) и «игнорирование» (18,4%) в когнитивной сфере, «подавление эмоций» (43,2%) и «агрессивность» в эмоциональной сфере. На основании установленных закономерностей формирования копинг-поведения у больных с АЗ научно обоснована, разработана и внедрена программа психотерапевтической коррекции, которая направлена на развитие навыков преодоления стрессовых ситуаций без использования психотропных эффектов алкоголя и формирования здорового образа жизни.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, копинг-поведение, копинг-ресурсы, копинг-стратегии, социальная поддержка, психокоррекция

ESPECIALLY FORMATION AND PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF COPING-BEHAVIOR OF MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE

N.G. Psuk, M.V. Markovs, Y.Y.Pshuk

Based on the systems research approach 114 patients with Alcohol dependence and 55 healthy men, identified the causes and mechanisms of coping-behavior of men with Alcohol dependence. Established clinical, psychological and socio-psychological predictors of coping behavior, in patients with Alcohol dependence. The features of communicative coping resources (empathy, affiliation, sensitivity to ignorance), basic coping strategies (problem solving, the ability to perception of social support, avoidance) and peculiarities of social support in patients with Alcohol dependence. Priority psychological constructs of relatively unconstructive and constructive coping-behavior of men with Alcohol dependence. Among the latter is dominated by "actively avoiding" (39,4%), and "retreat" (16,6%) in the field of behavior, "dyssimulation" (27,1%) and "ignore" (18,4%) in the cognitive area, "suppression of emotions" (43,2%) and "aggressiveness" in the emotional area. Based on established patterns of behavior-coping in patients with Alcohol dependence scientifically proved, developed and implemented a program of psychotherapeutic correction that is focused on overcoming stressful situations without the use of psychotropic effects of alcohol and a healthy lifestyle.

Keywords: alcohol dependence, coping-behavior, coping-resources, coping-strategies, social support, psychological correction

УДК 616.89 - 160

А.Л. Оленицкий, А.В. Ченская

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ КРАТКОСРОЧНОЙ ФОКУСИРОВАННОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА ГЛУБИННОЙ ПСИХОЛОГИИ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

ОКПНБ-Медико-психологический Центр, г. Донецк

Ключевые слова: групповая психодинамическая психотерапия, операционализируемая психодиагностика, непсихотические психические расстройства

В последние десятилетия психодинамическое направление прочно занимает одно из ведущих мест в психотерапевтическом лечении во всем мире [1;4;7]. В центре психодинамического подхода наблюдаются динамические составляющие психики: мотивы, побуждения, внутренние конфликты. В соответствии с психоаналитической теорией неврозов психическая активность бывает двух видов: сознательная и бессознательная. Невроз возникает вследствие конфликта между сознательной и бессознательной сторонами психики. Симптом – результат компромиссного решения этого конфликта. Психодинамическая психотерапия (ПДП) основана на глубинно-психологической теории невроза, истоки глубинной психологии восходят к психоанализу и аналитической терапии. ПДП применяется, когда у пациента диагностируется внутренний конфликт с соответствующей симптоматикой. В операционализируемой психодиагностике (ОПД-2) «конфликт-внутренние душевные столкновения

мотивов, направленных друг против друга, не осознаваемые человеком; проявляющиеся в стереотипных образцах восприятия и поведения; в этом случае говорят об дисфункциональных конфликтах» [1]. Ведущий стратегический принцип ПДП – выделение и переработка дисфункционального конфликта, маркерами его являются повторяющиеся стереотипные травматические переживания, связь данного конфликта с одной из фигур переноса (материнской или отцовской) и с проявлениями блокирования в какой-либо сфер жизнедеятельности пациента [1;3;4]. Ключевыми определяющими понятиями ПДП являются свободные ассоциации, перенос, интерпретации и сопротивление.

Для того чтобы определить, насколько симптоматика связана со стереотипными дисфункциональными конфликтами, нужно учесть, что не каждая жизненная нагрузка автоматически влечет за собой конфликтную нагрузку, решающим является субъективное восприятие человеком нагрузки. Вероятность возникновения