Codependence in wives of husbands with alcohol dependence

M. Markova

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

V. Yariy

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

Article info

Received 12.09.2018

Accepted 31.12.2018

Institute of Neurology,
Psychiatry and Narcology of
the National Academy of
Medical Science of Ukraine,
Kharkiv, Ukraine

Маркова, М.В., Ярий, В.В.
(2018). Співзалежність у
жінок при алкогольній
залежності у чоловіків.
Fundamental and applied
researches in practice of
leading scientific schools, 30
(6), 14–22.

Markova, M., Yariy, V. (2018). Codependence in wives of husbands with alcohol dependence. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 30 (6), 14–22.

The work based on a complex study of 160 men with alcohol dependence (AD), and their wives, and 50 spouses, with husbands who did not have alcohol problems.

In wives of men with AD, established the presence of maladaptive states of varying severity and clinical content, unlike the wives of "narcological healthy" men.

Three clinical variants of maladjustment were identified: psycho-emotional (25,6%), behavioral (30,6%) and combined (43,8%) ($p \leq 0,01$). The psycho-emotional maladjustment characterized by the presence of depressive and/or anxious symptoms with high stress overload and low capacity for stress resistance, and with amplitude of expression from mosaic signs to distinct psychopathological states. For behavioral maladjustment was inherent desire for addictive implementation at the level of dangerous use or dependent state with wide range of addictive non-chemical objects, especially food, tea/coffee, shopping and work, and smoking. Combined maladjustment represented a combination of both phenomena, with varying degrees of severity.

Three types of codependency in wives of patients with AD determined: congruently asymmetric type (17,5% of the wives of men with socio-environmental type AD and 11,3% women of men with individual-genetic type AD), interconnected type (22,5% and 5,0% of women, respectively) and compensation type (60,0% and 83,38% of women, respectively) ($p \leq 0,01$). Each type of codependency has the largest representation of combined maladjustment (43,8%).

Proved rehabilitated approaches, developed and evaluated effectiveness of complex of rehabilitation measures for the wives of husbands with AD. Participation in developed rehabilitation activities allowed women to eliminate such psychopathological phenomena as anxious-depressive reaction ($p \leq 0,01$), to achieve normalization or substantial improvement of emotional state ($p \leq 0,01$), reduce addictive status pressure ($p \leq 0,01$). In addition, there was a positive reconstruction of personal and family space of women that allowed to decided their intrapersonal conflicts and greatly improved quality of life.

Keywords: codependence; women; alcohol dependence; men; complex rehabilitation.

Співзалежність у жінок при алкогольній залежності у чоловіків

М.В. Маркова

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Харків, Україна

В. В. Ярий

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, Харків, Україна

Робота базується на результатах комплексного дослідження 160 чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та їх дружин, а також 50 подружжів, чоловіки в яких не мали алкогольних проблем.

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%) ($p \leq 0,01$). Для психоемоційної дезадаптації характерними є наявність депресивних та/або тривожних симптомкомплексів з високим стресовим навантаженням та низькою здатністю до стресопору, з амплітудою виразності від мозаїчних проявів, до виразних психопатологічних станів. Для поведінкової дезадаптації притаманними є прагнення до аддиктивної реалізації на рівні небезпечного вживання, або залежного стану за широким колом аддиктивних об'єктів нехімічного походження, насамперед, від їжі, чаю/кави, шопінгу та роботи, а також тютюнопалінням. Комбінована дезадаптація представлена поєднанням обох вищеперелічених феноменів, з різним ступенем виразності.

Виділено три типи співзалежності, притаманні дружинам хворих на АЗ чоловіків: конгруентно-асиметричний тип (17,5% дружин чоловіків з соціально-середовищним типом АЗ і 11,3% жінок чоловіків з індивідуально-генетичним типом АЗ), взаємозалежний тип (22,5 і 5,0% жінок, відповідно) і компенсаційний тип (60,0% і 83,38% жінок, відповідно) ($p \leq 0,01$). В кожному типі співзалежності найбільшу представленість має комбінована дезадаптація (43,8%).

Обґрунтовано диференційовані підходи й розроблено й оцінено ефективність заходів комплексної реабілітації для дружин чоловіків з АЗ. Участь в розроблених заходах лікувально-реабілітаційної допомоги дозволила жінкам позбутися психопатологічних феноменів тривожно-депресивного реагування ($p \leq 0,01$), досягти нормалізації або значного поліпшення психоемоційного стану ($p \leq 0,01$), знизити напруженість аддиктивного статусу ($p \leq 0,01$). Також спостерігалася позитивна перереструктуризація особистісного і родинного простору жінок, що дозволило вирішити їх внутрішньоособистісні конфлікти та значно покращило якість їх життя.

Ключові слова: співзалежність; жінки; алкогольна залежність; чоловіки; комплексна реабілітація.

Вступ

Алкогольна залежність (АЗ) – сімейне захворювання (О. І. Мінко, І. В. Лінський, 2013; К. В. Аймедов, К.В.Рябухін, 2015; A. McLaughlin, 2015; National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2016). 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 (М. В. Маркова, 2000; Н.О. Марута, Л. Ф. Шестопалова, О. І. Мінко, Н. М. Лісна, 2011; R. James, 2012; J. H. Wilks, 2013; S. Kaur, 2016). 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 наркологічних, психічних і соматичних порушень у близького оточення пацієнтів, а також наводяться загрозливі дані щодо поширеності у них суїцидально-орієнтованих психопатологічних

феноменів (Т.М. Вакуліч, 2012; Р. В. Бисалиев, В.Д.Неклюдова, А. С. Кубекова, 2012; Л. М. Маркозова, 2016; V. I. Rani et al., 2016).

На теперішній час визначається, що «співзалежність – це специфічний стан порушення здоров'я, пов'язаного зі стресом, що характеризується 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» (Sh.Wegscheider-Cruse, 1989). Між тим, як правило, близьке оточення пацієнта, що страждає на хвороби залежності або інші психопатологічні розлади, 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. Вищезазначене обумовлює необхідність проведення даної роботи..

Мета

на основі вивчення клінічних проявів, причин і механізмів формування співзалежності у дружин чоловіків з алкогольною залежністю, розробити загальні та диференційовані підходи до їх комплексної реабілітації.

Методи дослідження

Обстеження чоловіків включало клініко-психопатологічне дослідження, доповнене використанням тесту AUDIT та опитувальника В. Ю. Завьялова «Мотиви вживання алкоголю» (1988).

Обстеження жінок включало комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження, з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І.В.Лінського (2009, 2010), а також шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HDRS і HARS (за В.С.Підкоритовим, 2003), шкали оцінки рівню психосоціального стресу Л. Рідера (за В.М. Корнацьким, М. В. Марковою, 2007) та методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Прейса (за Д. Я. Райгородським, 2001). Психосоціальні особливості функціонування жінок вивчали психодіагностичним методом з використанням методики «Визначення рівню суб'єктивного контролю» Дж. Роттера (в адаптації Є.Ф.Бажина) (за Д. Я. Райгородським, 2001) та опитувальника «Способи долаючої поведінки» S.Folkman, R. Lazarus в адаптації Л. И. Вассермана, Б.В.Иовлева, Е. Р. Исаевой (2009); притаманні обстеженим властивості родинного функціонування встановлювали за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдмільера, В. Юстіцкіса (за Н.І.Олифірович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф.Велента, 2006) та шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини В.А. Абрамова зі співавт. (2009).

Оцінювання ефективності запропонованих лікувально-реабілітаційних заходів здійснювали за декількома параметрами. По-перше, визначали стан психічної сфери пацієнток, який був скомпрометований в усіх жінок на початку обстеження. Це здійснювали з використанням шкал депресії і тривоги Гамільтона (HDRS) та (HARS). Наступним кроком вивчали динаміку структури і виразності наявної у жінок дезадаптації, наостанок аналізували суб'єктивну самооцінку обстежених жінок.

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за t-критерієм за традиційною методикою для параметричної й критерієм Вілкоксона для непараметричної статистики. Також обробку отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Ст'юдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами (Е. В. Гублер, 1973). Математична обробка результатів проводилась

на персональному комп'ютері за допомогою прикладного пакету програм «Statistica for Windows. Release 6.0» та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної, статистичної обробки SPSS 11.0 (С. Н. Лапач, 2000).

Матеріали та методи

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, чоловіки в яких не мали алкогольних проблем. В залежності від типу АЗ у хворих, діагностованих за класифікацією Т. Ф. Бабора (1992), дружини пацієнтів були розподілені на дві групи: групу А, в яку увійшли 80 їх дружин хворих на АЗ типу А (група родичів А, ГРА), і групу Б, яку склали 80 дружин осіб з АЗ типу В за Т. Ф. Бабора (група родичів Б, ГРБ). За думкою Т.Ф. Бабора, розвиток АЗ типу А зумовлений впливом соціально-середовищних факторів, а виникнення АЗ типу Б обумовлено впливом індивідуально-генетичних чинників з сімейним алкогольним анамнезом.

Середній вік чоловіків становив $44,2 \pm 3,1$ років, жінок – $44,5 \pm 4,5$ років. За стажем АЗ чоловіки розподілились наступним чином: до 3-х років – 10,6%, 3 – 6 років – 31,9%, 7 – 10 років – 23,1%, 10 – 15 років – 34,4%. Стаж подружнього життя серед обстежених основної групи становив: до 3-х років – 6,3%, від 3-х до 10-ти років – 23,8%, 11 – 20 років – 16,3%, більше 20 років – 53,8%. Групу порівняння (ГП) склали 50 одружених жінок, чоловіки яких не страждали на АЗ. Критерієм включення в групи дослідження була відсутність клінічно окресленої АЗ у жінки.

Обстеження проходило в декілька етапів. Спочатку, на першому етапі, здійснювали розподіл на групи обстеження, визначали клініко-психопатологічні особливості АЗ у чоловіків з обтяженою спадковістю. На другому етапі визначали клініко-психопатологічний й аддиктивний статус, а також специфіку психосоціального й родинного функціонування дружин чоловіків з АЗ. Далі встановлювали причини і механізми розвитку дезадаптивної співзалежності, на основі чого на наступному, четвертому етапі, здійснювали обґрунтування загальних і диференційованих підходів до комплексної реабілітації дружин хворих на АЗ чоловіків, ефективність впровадження якої оцінювали на заключному, п'ятому, етапі роботи.

Оцінювання ефективності запропонованих заходів проводилося через 6 місяців від початку терапевтичної роботи. Перед її здійсненням групи дослідження методом випадкового вибору були розділені на терапевтичні і контрольні. З ГРА до терапевтичної груп увійшло 44 жінки (ТГРА), з ГРБ – 37 осіб (ТГРБ). Відповідно, контрольну групу ГРА склали 36 осіб (КГРА), ГРБ – 43 особи (КГРБ). Протягом 6 місяців декілька жінок з кожної групи за різними причинами вибули з дослідження. Таким чином, на момент оцінки ефективності ТГРА склали 42 жінки, ТГРБ – 34, КГРА – 32, КГРБ – 38 жінок.

Результати та обговорення

Аналіз клінічних проявів АЗ у пацієнтів різних груп виявив наявність достовірних розбіжностей. Більша виразність симптоматики (у групі А загальний бал AUDIT склав 24, в групі Б – 36), превалювання станів активної залежності та постійного вживання алкоголю, характерні агресивна психопатоподібна та дисфорична форми сп'яніння, нестійка ремісія з постійними «зривами», ранній початок вживання алкоголю й формування АЗ (до 25 років – 88,8%), тривалий стаж захворювання (7 – 10 років – 31,3%, 11 – 15 років – 68,8% осіб), вживання значних доз (середня добова доза: 10 – 20 стандартних доз алкоголю (СДА) – 47,5% осіб, більше 20 СДА – 25,0%; максимальна доза: 5 – 10 СДА – 30,0%, більше 10 СДА – 55,0% осіб) алкоголю – це характеризувало клінічний перебіг АЗ у хворих групи Б.

На відміну від них, серед обстежених групи А більше половини характеризувались епізодичним вживанням алкоголю, більш довготривалою не повною ремісією, пізнішим віком початку вживання алкоголю (26 – 30 років – у 41,3%, після 30 років – 35,0% осіб), меншими СДА, порівняно з групою Б (середня добова доза: 10 – 20 СДА – 52,5% осіб, більше 20 СДА – 11,3%; максимальна доза: 10 – 20 СДА – 58,8%, більше 20 СДА – 17,5% осіб) та меншою тривалістю хвороби (до 3-х років – 21,3%, 3 – 7 років – 63,8% осіб) з депресивними й тривожно-фобічними формами сп'яніння. Серед осіб без спадкової ускладненості за АЗ (група А) превалювали особисто-значущі мотиви вживання алкоголю (МВА), тоді як для респондентів, що мали алкогольний сімейний анамнез (група Б), більш властивою виявилась патологічна мотивація. Серед обстежених, в яких переважали соціально-психологічні мотиви, для хворих групи А притаманними були субмісивна мотивація, а у пацієнтів групи Б – традиційні й псевдокультуральні МВА.

Психічний стан жінок ГРА і ГРБ мав усі ознаки дезадаптивного стану різного клінічного наповнення і виразності, від мозаїчних проявів до виражених 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.

Оцінка психічного стану обстежених довела наявність достовірної різниці між жінками різних груп ($p < 0,01$). Стан без ознак депресії (0 – 7 балів HDRS) був притаманний 40% ГРА, 12,5% ГРБ і 90% ГП. Депресивні прояви на рівні малого депресивного епізоду (7 – 16 балів HDRS) були виявлені у 50% жінок ГРА, 65% ГРБ і 10% ГП, а виражені депресивні симптоми рівню важкого депресивного епізоду (16 – 52 балів HDRS) діагностовано у 10% ГРА і 22,5% ГРБ.

Субклінічні тривожні прояви (0 – 7 балів HARS) виявились притаманні 42,5% дружин ГРА, 10% ГРБ, 96% ГП; патологічну тривогу виразності рівню тривожного стану (8 – 20 балів HARS) діагностовано у 55% жінок ГРА, 70% ГРБ і 4% ГП; клінічно окреслений тривожний розлад був притаманний 2,5% респонденток ГРА і 20% ГРБ.

При визначенні рівню стресового навантаження визначено, що відсутність дії психотравмуючих психосоціальних факторів відмічали 20% ГРА, 5% ГРБ і усі жінки ГП ($p \leq 0,01$). Середній рівень психосоціального стресу встановлений у 32,5% ГРА і 27,5% ГРБ; від високого його рівню потерпали 47,5% жінок ГРА і 67,5% ГРБ ($p \leq 0,01$).

Серед обстежених основних груп переважна більшість жінок відрізнялись низькою здатністю до стрес-опору (низький рівень стресостійкості виявився притаманний 67,5% ГРА і 80% ГРБ, середній рівень – 20% і 15%, відповідно), на відміну від обстежених ГП, які продемонстрували високу стресостійкість ($p \leq 0,01$).

Таким чином, вивчення психічного статусу дружин чоловіків, хворих на АЗ, довело наявну тенденцію його погіршення, порівняно з дружинами звичайних чоловіків ($p \leq 0,001$). Так, ознаки депресивного реагування зустрічались у 60% жінок ГРА і 87,5% ГРБ, причому у 10% ГРА і 22,5% ГРБ вони мали вираженість, адекватну тяжкому депресивному епізоду. Симптоми патологічної тривоги клінічно-значущого рівню виразності турбували 57,5% жінок ГРА і 90% ГРБ, причому у 2,5% респонденток ГРА і 20% осіб ГРБ вони досягали рівню окресленого тривожного розладу. Від високого рівню психосоціального стресу потерпали 47,5% жінок ГРА і 67,5% ГРБ, що відбувалось на тлі зниженої здатності до стрес-опору у переважній більшості жінок (67,5% обстежених ГРА, 80% осіб ГРБ).

Дружини чоловіків з АЗ демонстрували наявність низки аддиктивних феноменів неалкогольного, насамперед, нехімічного походження, різного ступеню виразності, на відміну від дружин «наркологічно здорових» чоловіків, які характеризувались переважанням нормативних показників аддиктивного статусу.

Для жінок обох груп (ГРА і ГРБ) виявилась характерною схильність до вживання /залежності від різних аддиктивних об'єктів нехімічного походження, більш виражена у осіб ГРБ, порівняно з ГРА ($p \leq 0,01$).

Так, серед більш ніж у половини дружин ГРА встановлено наявність небезпечного або залежного стану від вживання їжі (51,3%), чаю/кави (52,5%) роботи (55,1%); майже у половини – від шопінгу (48,8%), причому кількість залежних від шопінгу (22,5%) виявилась найбільшою, серед усіх інших видів залежності ($p \leq 0,01$). Серед аддикцій хімічного походження, єдиним аддиктивним об'єктом, за яким у значної більшості (60,1%) діагностовано небезпечний, або залежний рівень вживання, виявився тютюн ($p \leq 0,01$). Щодо алкоголю, то у 8,8% виявлено небезпечний, а у 13,8% – шкідливий рівень його вживання; усі інші – 77,5% – мали безпечні показники вживання алкоголю (на відміну від їх чоловіків, хворих на АЗ).

В ГРБ клінічні особливості аддиктивного статусу виражалися у збільшенні кількості об'єктів нехімічного походження, рівень вживання яких досягав ступеню виразності залежного стану ($p \leq 0,01$): у деяких випадках мали місце поодинокі епізоди (наприклад, сексуальні стосунки як об'єкт залежності були притаманні 1,3% жінок, читання – 3,8%, комп'ютер – 5,0%), в інших випадках – досить значній кількості осіб: їжа – 23,8%,

робота – 22,5%, чай/кава – 20%, перегляд телебачення – 12,5%, шопінг – 10%. Крім того, спостерігалось зменшення, порівняно з ГРА, осіб з небезпечним рівнем вживання, на користь вживання зі шкідливими наслідками (тобто меншого ступеню виразності) ($p \leq 0,01$). За рахунок цього, кількість аддиктивних об'єктів, за якими більше ніж у половини респонденток мав місце небезпечний і залежний ступінь аддиктивної виразності, виявився меншим, ніж в ГРА: такими об'єктами стали їжа (65,1%) тютюн (51,3%); близькими до цих показників виявились такі аддиктивні об'єкти, як шопінг (48,8%), робота (45%) і чай/кава (45%) ($p \leq 0,01$). Стосовно об'єктів хімічного походження, у 27,5% діагностована тютюнова залежність, а у 3,8% – залежність ніж вживання седативно-снодійних препаратів. У 23,8% обстежених визначено небезпечний, а у 27,5% – шкідливий рівень вживання тютюну, а у 51,3% жінок виявлено стан вживання з алкоголем зі шкідливими наслідками ($p \leq 0,01$).

Треба відмітити встановлену тенденцію зростання аддиктивного напруження в аспекті потягнення ступеню виразності аддиктивних феноменів у ГРБ порівняно з ГРА ($p \leq 0,01$). Так, усереднений показник виразності вживання об'єктів аддикції в амплітуді відносно безпечного вживання у жінок ГРА становив $3,96 \pm 0,33$ проти $4,99 \pm 0,61$ у респонденток ГРБ; в амплітуді вживання зі шкідливими наслідками – $11,13 \pm 0,49$ в ГРА і $12,40 \pm 0,37$ в ГРБ; в амплітуді небезпечного вживання – $17,40 \pm 0,83$ в ГРА і $18,1 \pm 0,77$ в ГРБ; в рамках залежного стану – $18,07 \pm 0,98$ в ГРА проти $23,85 \pm 0,99$ в ГРБ. Загальний усереднений показник виразності поведінкової залежності становив $12,28 \pm 1,03$ у дружин ГРА і $15,14 \pm 1,11$ у жінок ГРБ.

У жінок ГП встановлено поодинокі випадки небезпечного вживання аддиктивних об'єктів нехімічного походження (серед яких превалював шопінг – 22,0%), проте виявлено, що небезпечний рівень вживання алкоголю і тютюну був притаманний 28,0% і 26,0%, відповідно; у однієї жінки діагностовано тютюнову залежність. Однак, за аналізом загального середнього балу виразності, серед усіх можливих аддиктивних об'єктів, споживання тютюну відповідало вживанню зі шкідливими наслідками ($12,6 \pm 0,90$), а низка аддиктивних об'єктів нехімічного походження мали показники виразності, близькі до нормативних (чай/кава – $7,7 \pm 0,55$ балів, їжа – $7,6 \pm 0,61$ бал, шопінг – $7,5 \pm 0,63$ бали, робота – $7,3 \pm 0,57$ балів) ($p \leq 0,01$).

В цілому, аналізуючи усереднені показники виразності аддикції, встановлено, що жінки ГРА і ГРБ демонстрували достовірно вищі рівні схильності до вживання / залежності, ніж жінки ГП, практично за усіма аддиктивними об'єктами ($p \leq 0,01$).

Так, усереднена виразність схильності до зловживання їжею та чаєм/кавою як аддиктивними об'єктами у жінок ГРА, порівняно з дружинами ГП, була підвищена в 1,9 рази, у респонденток ГРБ – в 2 рази ($p < 0,01$); сексом, відповідно, в 2,6 і 5,4 рази ($p < 0,001$); роботою, відповідно, в 2,1 та 2,3 рази ($p < 0,001$); шопінгом, відповідно, в 2,2 й 2,4 рази ($p < 0,001$); комп'ютером, відповідно, в 3,7 та 7,1 рази ($p < 0,001$); інтернетом, відповідно, в 2,1 і 2,2 рази ($p < 0,01$). Крім того, у жінок ГРБ, порівняно з особами ГП, виявлені

достовірно вищі показники між виразністю схильності до перегляду телебачення (в 2,4 рази, $p < 0,01$), азартних ігор (в 3,5 рази, $p < 0,001$), а також вживання тютюну (в 1,6 рази, $p < 0,01$), канабіноїдів (в 2,9 рази, $p < 0,01$) та седативно-снодійних препаратів (в 4,2 рази, $p < 0,01$).

Порівняльний аналіз показників жінок ГРА і ГРБ дозволив виділити достовірно вищі показники виразності схильності до сексуальної (в 2,08 рази, $p < 0,01$), комп'ютерної (в 1,91 рази, $p < 0,01$), ігрової (в 2,20 рази, $p < 0,001$) аддикцій, а також вживання канабіноїдів (в 1,23 рази, $p < 0,01$) та седативно-снодійних препаратів (в 2,39 рази, $p < 0,001$) у жінок ГРБ, порівняно з ГРА. Окрема тенденція встановлена стосовно деяких хімічних аддикцій, зокрема, вживання алкоголю й психостимуляторів. Так, алкоголь і психостимулятори виявились аддиктивними об'єктами, середній бал виразності схильності до залежності від яких був вищим у жінок ГРА, порівняно з особами ГРБ і ГП: за алкоголем – в 1,1 і 1,3 ($p < 0,01$) рази, відповідно; за психостимуляторами – в 1,3 і 1,5 ($p < 0,01$) рази, відповідно.

Отже, дослідження аддиктивного статусу дружин чоловіків, хворих на АЗ, довело його напруженість, порівняно з дружинами звичайних чоловіків. Серед об'єктів в структурі аддиктивного статусу дружин хворих на АЗ чоловіків, превалювали аддиктивні об'єкти нехімічного походження, порівняно з хімічними. Серед об'єктів хімічного походження фактором, що обтяжує аддиктивний статус дружин чоловіків з АЗ, незалежно від її генезу, був тютюн, проте серед об'єктів нехімічного походження, таких факторів було набагато більше, а саме: їжа, чай/кава, робота і шопінг. У дружин чоловіків з АЗ та наркологічно обтяженим сімейним анамнезом встановлена більша варіативність клінічних проявів і виразність патологічних аддиктивних феноменів, ніж у дружин чоловіків з соціально-середовищним типом АЗ.

При дослідженні психосоціального функціонування жінок встановлено, що досліджені ГРА та ГРБ мали екстернальний (відхилення лівіо < 5,5 стенів) тип суб'єктивного контролю. Однак, у ГРБ усі показники (у порівнянні із ГРА) були більш виражені, що свідчило про більшу глибину порушень системи регуляції індивідуального рівня суб'єктивного контролю у різних сферах діяльності. Досліджені ГП, в цілому, мали інтернальний тип суб'єктивного контролю у відповідних ситуаціях (відхилення вправо > 5,5 стенів) ($p < 0,001$).

Жінки ГРА у більшості полагалися на випадок або на інших людей, ніж на себе. Жінкам ГРБ було властиво спиратися на зовнішні обставини або допомогу інших осіб; вони перекладали відповідальність на інших, у тому числі й у родинних відносинах. У виробничих стосунках та міжособистісних відносинах жінки обох груп почасти надавали перевагу зовнішнім обставинам або випадку, були неспроможні формувати власний круг спілкування. Жінки ГРБ не помічали «алкогольного анамнезу» проблем чоловіків, вважаючи, що видужання залежить виключно від фахівців. Більшість жінок ГРБ характеризувалися як егоїстичні, залежні, нерішучі, невпевнені, брехливі, несамотійні.

У дружин ГРА та ГРБ, в цілому, переважали неконструктивні форми поведінки, а саме, агресивні зусилля по зміні ситуації, що передбачало ворожість та

готовність до ризику у вигляді конфронтації: ГРА – 18,8% та ГРБ – 20,0%, когнітивні зусилля відокремитися від ситуації і зменшити її значущість у вигляді дистанціювання: ГРА – 20,0% та ГРБ – 27,5%, наявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення від проблеми: ГРА – 21,3% та ГРБ – 33,8%. Серед осіб ГП дані типи копінг-стратегій не виявлено ($p \leq 0,001$).

Феномен сімейної тривоги був виражений у жінок обох груп (загальний рівень сімейної тривоги у досліджених жінок склав, відповідно, ГРА – 17 балів, ГРБ – 21 бал), проте, мав різницю за змістовним наповненням (структурою). Так, у ГРБ провідним виявлено переважання у структурі тривоги показників за субшкалою вини – 85,0% (у ГРА даний показник дорівнював 30,0%). В цілому, усі показники складових сімейної тривоги у жінок ГРБ були більш виражені. Так, у ГРБ встановлено переважання за субшкалою сімейної напруги – 90,0% (ГРА – 70,0%), за субшкалою тривожності – 85,0% (ГРА – 68,8%). У жінок ГП показники сімейної тривоги знаходились в параметрах нормативних значень.

Отже, родинне функціонування сімей ГРА й ГРБ зазвало значної трансформації у бік деформації сімейних відносин з превалюванням у жінок патологічного рівню сімейної тривоги та деструктивних типів родини.

Узагальнення отриманих результатів дозволило встановити, що у дружин чоловіків з АЗ зустрічаються три клінічних варіанти дезадаптації: психоемоційна

(25,6%), поведінкова (30,6%), комбінована (43,8%) ($p \leq 0,01$).

Для психоемоційної дезадаптації характерними виявились наявність депресивних та/або тривожних симптомокомплексів з високим стресовим навантаженням та низькою здатністю до стрес-опору, з амплітудою виразності від мозаїчних проявів, до виражених 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 виявились 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 нехімічного походження, насамперед, від їжі, чаю/кави, шопінгу та роботи, а також тютюнопаління. 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.

Таблиця 1

Розподіл типів СЗ та видів дезадаптації у дружин чоловіків з АЗ

Тип СЗ / вид дезадаптації	Групи						p <
	ГРА			ГРБ			
	N	%	±m	N	%	±m	
Конгруентно-асиметричний	14	17,5	3,8	9	11,3	3,2	0,01
комбінована	10	71,4	4,5	3	33,3	4,7	0,05
психоемоційна	3	21,4	4,1	2	22,2	4,2	
поведінкова	1	7,1	2,6	4	44,4	5,0	0,05
Всього	14	100,0	-	9	100,0	-	
Взаємозалежний	18	22,5	8,8	4	5,0	9,7	0,05
комбінована	11	61,1	4,9	2	50,0	5,0	
психоемоційна	7	38,9	4,9	2	50,0	5,0	
поведінкова	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	
Всього	18	100,0	-	4	100,0	-	
Компенсаційний	48	60,0	4,9	67	83,8	3,7	0,05
комбінована	20	41,7	4,9	24	35,8	4,8	
психоемоційна	14	29,2	4,5	13	19,4	4,0	0,01
поведінкова	14	29,2	4,5	30	44,8	5,0	0,01
Всього	48	100,0	-	67	100,0	-	
Всього	80	100,0	-	80	100,0	-	

Комбінований (змішаний) варіант дезадаптації діагностовано у 51,3% жінок ГРА і 36,3% обстежених ГРБ, з них порушення легкого ступеню встановлені у 11,3% осіб ГРА і 6,3% ГРБ, помірного 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.

Таким чином, в результаті дослідження, нами описані біологічні, клінічні, психологічні й соціальні складові, взаємодія яких формувала феномен дезадаптивної співзалежності, притаманної дружинам хворих на АЗ чоловіків. На основі аналізу патогенетичних взаємозв'язків між зазначеними складовими ДС, нами виділено три її типи, що мають, з одного боку, споріднені патогенетичні механізми, а з іншого – різну патогенетичну спрямованість, так звану “змістовну наповненість” співзалежності (СЗ): конгруентний, взаємозалежний або компенсаційний типи.

1. Конгруентно-асиметричний тип СЗ (схожість або іноді копіювання поведінкових патернів чоловіка) – був притаманний 17,5% жінок ГРА, 11,3% жінок ГРБ. В основі – подолання внутрішнього дискомфорту жінки через “змагання” та суперництво з чоловіком у вигляді реалізації будь-якого типу аддиктивної поведінки (насамперед, з об'єктами нехімічного походження), як хибний спосіб самоствердження.

2. Взаємозалежний тип СЗ – 22,5% жінок ГРА, 5,0% жінок ГРБ. В основі – прагнення жінки збалансувати взаємовідносини у родині шляхом пасивного наслідування за прикладом чоловіка (при цьому серед аддиктивних об'єктів значну представленість мають психоактивні речовини, до яких можуть долучатись об'єкти нехімічного походження).

3. Компенсаційний тип СЗ – 60,0% жінок ГРА та 83,8% жінок ГРБ. В основі – спроба жінки заповнити емоційний вакуум та відчувати себе потрібною через активну діяльність, спряжену з вживанням аддиктивних об'єктів нехімічного походження, як елементу компенсації порушених взаємовідносин у родині.

Відмінності в кількісній представленості різних типів СЗ, а саме, превалюванні компенсаційного типу 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 нівелювання внутрішньособистісного* конфлікту та реалізації аддиктивного потенціалу через більш “соціально-

прийнятні” форми реагування, серед яких перше місце займає сублімація в психічні і поведінкові розлади внаслідок використання аддиктивних об'єктів нехімічного походження (умовно прийнятних суспільством).

Дані, наведені в табл. 1, дають змогу зрозуміти представленість кожного виду дезадаптації в кожному типі СЗ, та їх загальний розподіл серед обстежених жінок. Так, в кожному типі СЗ найбільшу представленість мала комбінована дезадаптація (43,8%), яка характеризувалася поєднанням аддиктивних і афективних порушень ($p \leq 0,01$). При цьому питома вага комбінованого виду дезадаптації при конгруентно-асиметричному типі СЗ складала 71,4% від загальної кількості випадків в ГРА і 33,3% – в ГРБ; при взаємозалежному типі ДС – 61,1% в ГРА й 50,0% в ГРБ; компенсаційному типі ДС – 41,7% в ГРА і 35,8% в ГРБ.

Засади та підходи до надання комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги дружинам хворих на АЗ чоловіків, передбачали такі напрямки:

- медичний менеджмент; – психологічний (психотерапевтичний) менеджмент;
- формування навичок успішної життєдіяльності в наявних соціальних патернах існування з урахуванням хвороби чоловіка, оптимізація ставлення до себе та гармонізація відносин в оточуючому, насамперед, родинному, середовищі.

Мета комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежним жінкам полягала у активізації ресурсних адаптивних можливостей родини та тому, щоб чоловік та жінка набули здатність самостійно вирішувати власні та сімейні проблеми (алкогольного та неалкогольного генезу).

З огляду на наявність у співзалежних жінок розладів психічної сфери кластеру F43.2 різного ступеню виразності, медичний менеджмент був необхідним етапом комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги, метою якого ставала нормалізація психічного стану пацієнток.

Психотерапевтична складова лікувально-реабілітаційних заходів в комплексній терапії чоловіків з АЗ, будувалася на когнітивно-поведінковій психотерапії (КПТ), вплив якої необхідно спрямовувати на наступні мішені, а саме: – прояви потягу до вживання алкоголю у чоловіка у вигляді психопатологічних симптомокомплексів; – порушення когнітивних схем, які підкріплюють потяг до вживання алкоголю у чоловіка з паралельними дисфункціональними переконаннями та ірраціональними установками у дружини.

Таблиця 2

Розподіл клінічних варіантів дезадаптації у обстежених на початку терапії

Варіант дезадаптації	ТГРА, n=44			ТГРБ, n=37			КГРА, n=36			КГРБ, n=43		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
психоемоційна	13	29,5	4,6	10	27,0	4,4	11	30,6	4,6	7	16,3	3,7
поведінкова	8	18,2	3,9	10	27,0	4,4	7	19,4	4,0	24	55,8	5,0
комбінована	23	52,3	5,0	17	45,9	5,0	18	50,0	5,0	12	27,9	4,5
Всього	44	100	–	37	100	–	36	100	–	43	100	–

Таблиця 3

Розподіл клінічних варіантів дезадаптації у обстежених через 6 місяців терапії

Варіант дезадаптації	ТГПА, n=42			ТГРБ, n=34			КГПА, n=32			КГРБ, n=38		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
психоемоційна	3	7,1	2,6	3	8,8	2,8	10	31,3	4,6	7	18,4	3,9
поведінкова	3	7,1	2,6	6	17,6	3,8	7	21,9	4,1	21	55,3	5,0
комбінована	8	19,0	3,9	7	20,6	4,4	15	46,9	5,0	10	26,3	4,4
без дезадаптації	28	66,7	4,7	18	52,9	5,0	0	–	–	0	–	–
Всього	42	100	–	34	100	–	32	100	–	38	100	–

З урахуванням паралелізму перебігу СЗ і АЗ, для дружин хворих були сформульовані чотири етапи психотерапевтичної роботи: 1) подолання анозогнозії, або пошук відповіді на питання «Що відбувається зі мною?»; 2) формування адекватного ставлення до себе, або пошук відповіді на питання «Хто я?»; 3) корекція особистісних особливостей, або пошук відповіді на питання «Ким я хочу стати?»; 4) корекція дисгармонійних стереотипів міжособистісних відносин, або пошук відповіді на питання «Як і з ким я хочу мати спілкування?».

Психотерапевтична робота зі співзалежними дружинами пацієнтів з АЗ, носила диференційований характер та була індивідуалізованою, в залежності, насамперед, від клінічного варіанта наявної у жінки дезадаптації та типу СЗ. Дані параметри ставали основними критеріями диференціації психотерапевтичних впливів при визначенні змістовного наповнення психотерапевтичних втручань, а також «чутливості» до різних психотерапевтичних технік.

При роботі з жінками з конгруентно-асиметричним типом СЗ, в основі якого лежить несвідоме 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 СЗ, 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.

Жінки з компенсаційним типом СЗ, 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 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.

Спостереження за змінами в структурі і виразності дезадаптації, встановленої на початку дослідження у всіх обстежених дружин хворих чоловіків, показало позитивну динаміку її нівеляції або значної редукції у жінок терапевтичних груп ($p \leq 0,001$) (табл. 2, 3).

Так, на початку лікувально-реабілітаційної роботи у осіб ТГПА було діагностовано наступний розподіл клінічних варіантів дезадаптації: психоемоційна – 29,5%, поведінкова – 18,2%, комбінована – 52,3%. Через 6 місяців терапії у 66,7% респонденток ТГПА клінічно виражені або субклінічно окреслені ознаки дезадаптації були відсутні; серед інших – у 7,1% мали місце прояви психоемоційної або поведінкової, а у 19,0% – комбінованої дезадаптації, вираженість яких була достовірно меншою, ніж на початку дослідження ($p \leq 0,001$). Серед жінок ТГРБ була виявлена схожа тенденція: на «вході» в дослідження у 27,0% осіб було діагностовано психоемоційний або поведінковий, а у 45,9% – комбінований клінічні варіанти дезадаптації. Після участі в лікувально-реабілітаційних заходах відсутність дезадаптації спостерігалась у 52,9%, ознаки психоемоційної – у 8,8%, поведінкової – у 17,6%, комбінованої – у 20,6%, причому виразність їх була достовірно меншою, ніж на початку роботи ($p \leq 0,001$). На відміну від жінок терапевтичних груп, у обстежених груп контролю жодної динаміки стосовно наявності та виразності дезадаптивних проявів, не виявлено ($p \leq 0,001$). Навпаки, в них зберіглися відносно сталі пропорції розподілу клінічних варіантів дезадаптації: психоемоційна – 30,6% КГПА та 16,3% КГРБ на початку й 31,3% та 18,4%, відповідно, на «виході»; поведінкова – 19,4% КГПА і 55,8% КГРБ – проти 21,9% КГПА і 55,3% КГРБ, відповідно; комбінована – 50,0% КГПА і 27,9% КГРБ – порівняно з 46,9% КГПА і 26,3% КГРБ, відповідно. Крім того, більше ніж у половини обстежених виразність дезадаптивних проявів залишилась на значному рівні, або збільшилась ($p \leq 0,001$).

Таким чином, участь в розроблених заходах лікувально-реабілітаційної допомоги дозволила жінкам позбутися психопатологічних феноменів тривожно-депресивного реагування, досягти нормалізації або значного поліпшення психоемоційного стану, знизити напруженість аддиктивного статусу. Також спостерігалась позитивна перереструктуризація

особистісного і родинного простору жінок, що дозволило вирішити їх внутрішньоособистісні конфлікти та значно покращило якість їх життя.

Висновки

Встановлені клініко-психопатологічні особливості АЗ у чоловіків з різною сімейною спадковою обтяженістю. У хворих з обтяженим сімейним анамнезом спостерігається більша тяжкість симптоматики й варіативність симптомів АЗ, превалювання станів активної залежності та постійного вживання алкоголю за патологічною мотивацією, агресивна психопатоподібна та дисфорична форми

сп'яніння, нестійка ремісія з постійними «зривами», ранній початок вживання алкоголю й формування залежності. Алкогользалежні особи з необтяженим наркологічним сімейним анамнезом характеризуються епізодичним вживанням алкоголю, превалюванням особисто-значущих мотивів вживання алкоголю, більш довготривалою не повною ремісією, пізнішим віком початку вживання алкоголю та меншою тривалістю хвороби з депресивними й тривожно-фобічними формами сп'яніння.

Обґрунтовано підходи й розроблено й оцінено ефективність заходів комплексної реабілітації для дружин чоловіків з алкогольною залежністю.

Література / References

- Ярий, В. В. (2015). Клінічна варіативність проявів алкогольної залежності різного генезу у чоловіків. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue, 5* (11). Psychology. Medical physics. Economics – Co-publ.: Publishing office: Accent Graphics Communications. – Hamilton, ON.
- Ярий, В. В. (2015). Мотиви вживання алкоголю у хворих на алкогольну залежність чоловіків з різним сімейним наркологічним анамнезом. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Issue: 6* (12): Psychology. Medical physics. Economics – Co-publ.: Publishing office: Accent Graphics Communications. – Hamilton, ON.
- Ярий, В. В. (2015). Психоемоційний стан та рівень психосоціального стресу у дружин хворих на алкогольну залежність чоловіків з різним сімейним наркологічним. *Медична психологія*, № 3 (39).
- Ярий, В. В. (2015). Аддиктивний статус дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність. *Медична психологія*, № 4 (40).
- Ярий, В. В. (2016). Психосоціальні особливості і родинне функціонування дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність. *Медична психологія*, № 1 (41). – С. 44 – 50.
- Ярий, В. В. (2016). Родинна дезадаптивна співзалежність у дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність: аналіз складових, типів і взаємозв'язків. *Science of Europe (Czech Republic)*, vol. 2, # 5 (5).
- Ярий, В. В. (2016). Обґрунтування загальних та диференційованих підходів до комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині хворих на алкогольну залежність чоловіків. *ScienceRise: MedicalScience*, № 9 (5).
- Ярий, В. В. (2016). Система комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині хворих на алкогольну залежність чоловіків, та її ефективність. *Science of Europe (Czech Republic)*, vol. 1, # 7 (7).
- Kozhyna, A. M. (2016). Clinical implications of codependency as a model of health disorders associated with stress, in wives of men with alcohol dependence. In A. M. Kozhyna, M. V. Markova, V. V. Yariy (Eds.). *European Psychiatry. The Journal of the European Psychiatric Association*, vol. 33. (автором особисто сформульована проблема, проведено аналіз медичної наукової інформації, зроблено висновки)
- Markova, M. V. (2016). *Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence*. In M. V. Markova, V. V. Yariy (Eds.). WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences», 29.03 – 01.04.2016. Book of Abstracts. – Munich, Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics.
- Ярий, В. В. (2016). Клінічні й поведінкові особливості психічної дезадаптації як основи родинної співзалежності у дружин хворих на алкогольну залежність. В. В. Ярий, М. В. Маркова (Ред.). Матеріали XVII Української науково-практичної конференції з міжнародною участю Довженківські читання: «Попередження залежності від психоактивних речовин як основа психічного здоров'я молоді» (26 – 27.04.2016 р.). – С. 250 – 253
- Markova, M. V. (2016). Addictive status tension of codependency as a model of health disorders associated with stress, in wives of men with alcohol dependence. In M. V. Markova, A. M. Kozhyna, V. V. Yariy (Eds.). *Memorias de "XVI Reunión Internacional de Ciencias Médicas"*, 27 – 29.04.2016, Leon, Mexico. – P. 128.