

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН І РІВЕНЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ У ДРУЖИН ПАЦІЄНТІВ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»

Визначено особливості психоемоційного стану і рівнів психосоціального стресу як клінічних проявів співзалежності у дружин хворих на алкогольну залежність чоловіків. Установлено, що у них превалюють ознаки депресії й патологічної тривоги клінічно окресленого рівня, а також високий рівень психосоціального стресу й низька стресостійкість на відміну від жінок чоловіків без алкогольних проблем. Отримані дані, що свідчать про єдині механізми родинного переживання стресової ситуації, було покладено в основу розробки заходів комплексного лікування та психотерапевтичного супроводу співзалежних дружин пацієнтів з алкогольною залежністю.

Ключові слова: співзалежність, тривога, депресія, психосоціальний стрес, стресостійкість, дружини, алкогольна залежність.

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

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

За визначенням Sh. Wegscheider-Cruse [1], «співзалежність — це специфічний стан, що характеризується сильною зануреністю і стурбованістю, а також вираженою емоційною, соціальною, а іноді й фізичною залежністю від людини або предмета, яка стає патологічним станом, що впливає на усі рівні життєдіяльності та стосунки суб'єкта.

Для стану співзалежності характерні:

а) омана, заперечення, самообман;
б) компульсивні дії (неусвідомлена ірраціональна поведінка, про яку людина може шкодувати, але все ж діє, ніби рухома невидимою внутрішньою силою);

в) «заморожені» почуття;

г) низька самооцінка;

г) порушення здоров'я, пов'язані зі стресом».

З огляду на наведене, для розуміння можливих мішеней комплексної терапевтично-реабілітаційної роботи з даним контингентом, з метою визначення особливостей клінічних проявів співзалежності як моделі порушення здоров'я, пов'язаного зі стресом, на базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012–2015 рр. було обстежено 160 дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та 50 жінок, чоловіки яких не мали алкогольних проблем.

Залежно від типу АЗ у хворих, діагностованих за класифікацією Т. Ф. Vabor [2–4], пацієнти та їхні дружини були розподілені на дві основні групи: групу А, в яку увійшли 80 хворих на АЗ типу А, та 80 їх дружин (група родичів А, ГРА), і групу Б, яку становили 80 осіб з АЗ типу В, та 80 дружин (група родичів Б, ГРБ). Групу порівняння (ГП) було сформовано з 50 одружених жінок, чоловіки яких не страждали на АЗ.

Розвиток АЗ типу А, на думку Т. Ф. Vabor, зумовлений впливом соціально-середовищних факторів та характеризується меншою кількістю чинників ризику в дитинстві, пізнім початком, меншою вираженістю проявів залежності та психопатологічної симптоматики, меншою кількістю проблем, пов'язаних з алкоголем.

Виникнення АЗ типу В обумовлено впливом індивідуально-генетичних чинників і характеризується наявністю факторів ризику в дитинстві, сімейним алкогольним анамнезом, раннім початком проблем, пов'язаних з алкоголем, вираженими наркологічними і психопатологічними проявами, полінаркоманією, коморбідними психічними розладами, резистентністю до лікування та високим рівнем життєвих стресів.

Обстеження включало комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження

з використанням шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HDRS і HARS, шкали оцінки рівня психосоціального стресу Л. Рідера та методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Пейдж [5].

Розподіл обстежених за рівнем депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) показав, що у дружин пацієнтів за об'єктивним критерієм оцінки тяжкості депресивного синдрому результати значно розрізнялися (табл. 1). Так, психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено у ГРА — 40,0% обстежених, у ГРБ — 12,5%, у ГП — 90,0% ($p \leq 0,001$). Малий депресивний епізод діагностовано у 50,0% жінок у ГРА, у 65,5% — в ГР, 10,0% — у ГП ($p \leq 0,001$). Тяжкий депресивний епізод установлено в 10,0% обстежених ГРА, у 22,5% — в ГРБ ($p \leq 0,001$) і жодного випадку в ГП ($p \leq 0,001$).

Середній бал за шкалою HDRS становив у ГРА: відсутність депресії — 3,0 бали, малий депресивний епізод — 9,0 балів, тяжкий депресивний епізод — 21,0 бал, у ГРБ відповідно — 6,0 бала, 15,0 балів, 35,0 балів, у ГП відповідно — відсутність депресії — 2,0 бали, малий депресивний епізод — 7,0 балів. Таким чином, можна зазначити, що за об'єктивним показником визначення депресивного стану обстежені ГРБ переважали за кількістю жінок ГРА як у баловому, так й у відсотковому вираженні.

У рамках дослідження структури зустрічальності симптомів депресії нами вивчено їх міжгруповий розподіл серед обстежених (табл. 2). За результатами міжгрупового кореляційного аналізу було відібрано показники, рівень достовірності взаємозв'язку яких становив більше 0,05, тобто відокремлено основні значущі показники (за частотою зустрічальності симптомів у обох групах), які було враховано у подальшому при розробці диференційованих психотерапевтичних заходів та оцінки їх ефективності у динаміці. У цілому серед жінок ГРА та ГРБ діагностовано весь спектр розладів депресивного кола, а саме: знижений настрій, почуття провини, труднощі при засинанні, безсоння, ранкове пробудження, загальмованість мислення, збудження, психічна та соматична тривога, соматичні порушення шлунково-кишкового тракту, загальносоматичні симптоми, розлади сексуальної сфери, іпохондричні, obsesivні та компульсивні розлади ($p < 0,05$). У ГП також відзначено наявність депресивних симптомів, проте вони не досягали клінічного вираження рівня синдрому ($p < 0,05$).

У результаті дослідження рівня тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) (табл. 3) виявлено, що жінки значно розрізнялися за вираженістю тривожної симптоматики за об'єктивним критерієм оцінки. Так, психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягали субклінічної тривоги, відзначено у 42,5%

випадків у ГРА, в 10,0% — у ГРБ, в 96,0% — у ГП ($p \leq 0,001$). Тривожний стан діагностовано у 55,0% жінок ГРА, у 70,0% — в ГРБ, у 4,0% — в ГП ($p \leq 0,001$). Тривожний розлад спостерігався у ГРА — 2,5%, ГРБ — 20,0% ($p \leq 0,001$). У ГП випадків тривожного розладу не виявлено ($p \leq 0,001$).

Середній бал за шкалою HARS: у ГРА субклінічна тривога — 4,0 бали, тривожний стан — 14,0 балів та тривожний розлад — 30,0 балів; у ГРБ відповідно — 7,0 балів, 16,0 балів, 45,0 балів; у ГП відповідно — 4,0 бали, 9,0 балів, тривожний розлад не виявлено. Таким чином, можна зазначити, що за об'єктивним показником тривоги обстежені ГРБ переважали жінок ГРА як у баловому, так й у відсотковому вираженні ($p < 0,05$). Виявлено, що у більшості обстежених ГРА та ГРБ тривожний стан відповідав середньому ступеню вираженості симптомів ($p < 0,05$), тривожний розлад — тяжкому ($p < 0,05$). Встановлено, що близько 50,0% обстежених ГРА та ГРБ мали схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявляється при проведенні об'єктивної оцінки ($p < 0,05$). Із метою вивчення провідних симптомів тривожного стану та тривожного розладу було досліджено їхню структуру та зустрічальність. Розподіл діагностованих симптомів тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) в обстежених жінок відображено у табл. 4.

В опитаних дружин чоловіків з АЗ у ГРА та ГРБ діагностовано увесь спектр розладів тривожного кола: тривожний настрій, напруга, інсомнія, депресивний настрій, соматичні м'язові, соматичні сенсорні, серцево-судинні, респіраторні, гастроінтестинальні, сечостатевої, вегетативні симптоми ($p < 0,05$). За ступенем вираженості симптоми «психічного» значно переважали над симптомами «соматичного» радикалу ($p < 0,05$).

Наступним етапом у дослідженні стало встановлення рівня психосоціального стресу за допомогою шкали Л. Рідера, результати оцінювання якого відображено на рис. 1.

В обстежених ГРА та ГРБ отримано схожі показники психосоціального стресу як за його рівнем, так й у відсотковому відображенні. Так, високий рівень психосоціального стресу встановлено у ГРА — 47,5% (середній бал — 2,30), у ГРБ — 67,5% (середній бал — 2,79). Середній рівень психосоціального стресу відповідно: у ГРА — 32,5% (середній бал — 1,9), у ГРБ — 27,5% (середній бал — 2,17). Низький рівень психосоціального стресу виявився у ГРА — 20,0% (середній бал — 0,65), у ГРБ — 5,0% (середній бал — 1,15), у ГП — 100,0% (середній бал — 1,00) ($p \leq 0,001$).

Такий розподіл в обстежених не є несподіваним, а підкреслює загальність та емоційну значущість проблем, що виникають у дружин хворих, які страждають на АЗ ($p < 0,05$). Розподіл обстежених

Таблиця 1

Розподіл обстежених за рівнем депресії за шкалою Гамільтона (HDRS)

Рівень депресії, бали	ГРА			ГРБ			ГП		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Відсутня (0–7)	16	40,0	4,9	5	12,5	3,3	45	90,0	3,0
Малий депресивний епізод (7–16)	20	50,0	5,0	26	65,0	4,8	5	10,0	3,0
Тяжкий депресивний епізод (16–52)	4	10,0	3,0	9	22,5	4,2	—	—	—
Всього	40	100,0		40	100,0		50	100,0	

Таблиця 2

Розподіл діагностованих симптомів депресії в обстежених жінок за шкалою Гамільтона (HDRS)

Симптоми	ГРА			ГРБ			ГП		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Знижений настрій	23	9,5	2,9	31	8,5	2,8	4	15,4	3,6
Почуття провини	24	9,9	3,0	30	8,3	2,8	8	30,8	4,6
Суїцидальні тенденції	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Труднощі засинання	21	8,7	2,8	28	7,7	2,7	3	11,5	3,2
Безсоння	13	5,4	2,3	20	5,5	2,3	—	—	—
Ранкове пробудження	11	4,5	2,1	16	4,4	2,1	—	—	—
Праця та діяльність	12	5,0	2,2	19	5,2	2,2	2	7,7	2,7
Загальмованість мислення	15	6,2	2,4	21	5,8	2,3	3	11,5	3,2
Збудження	12	5,0	2,2	18	5,0	2,2	3	11,5	3,2
Психічна тривога	18	7,4	2,6	26	7,2	2,6	2	7,7	2,7
Соматична тривога	17	7,0	2,6	27	7,4	2,6	3	11,5	3,2
Соматичні порушення ШКТ	14	5,8	2,3	20	5,5	2,3	3	11,5	3,2
Загальносоматичні симптоми	15	6,2	2,4	21	5,8	2,3	3	11,5	3,2
Розлади сексуальної сфери	17	7,0	2,6	24	6,6	2,5	—	—	—
Іпохондричні розлади	13	5,4	2,3	18	5,0	2,2	—	—	—
Втрата маси тіла	4	1,7	1,3	10	2,8	1,6	—	—	—
Ставлення до власного захворювання	12	5,0	2,2	17	4,7	2,1	—	—	—
Добові коливання стану (п. А та Б)	20	8,3	2,8	30	8,3	2,8	—	—	—
Деперсоналізація та дереалізація	3	1,2	1,1	9	2,5	1,6	—	—	—
Маячні розлади	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Обсесивно-компульсивні розлади	2	0,8	0,9	8	2,2	1,5	—	—	—
Всього	242	100,0		363	100,0		26	100,0	

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p < 0,05$. Те саме у табл. 4.

Таблиця 3

Розподіл досліджених за рівнем тривоги за шкалою Гамільтона (HARS)

Рівень тривоги (бали)	ГРА			ГРБ			ГП		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Субклінічна тривога (< 8)	17	42,5	4,9	4	10,0	3,0	48	96,0	2,0
Тривожний стан (8–20)	22	55,0	5,0	28	70,0	4,6	2	4,0	2,0
Тривожний розлад (20–56)	1	2,5	1,6	8	20,0	4,0	—	—	—
Всього	40	100,0		40	100,0		50	100,0	

за рівнем стресу за шкалою оцінки психосоціального стресу Л. Рідера відображено у табл. 5.

За структурою відповідей (табл. 5) більшість обстежених дружин відповідали «Згодна», а саме — «Мабуть, я людина нервова»: ГРА — 75,0%, ГРБ — 92,5%, ($p < 0,001$); «Я дуже турбуюся про свою

роботу»: ГРА — 50,0%, ГРБ — 90,0%, ($p < 0,001$); «Я часто відчуваю нервову напругу»: ГРА — 80,0%, ГРБ — 95,0%, ($p < 0,001$); «Моя повсякденна діяльність спричиняє велику напругу»: ГРА — 74,4%, ГРБ — 90,0%, ($p < 0,001$); «Спілкуючись із людьми, я часто відчуваю нервову напругу»: ГРА — 67,5%,

Таблиця 4

**Розподіл діагностованих симптомів тривоги
у дружин пацієнтів з алкогольною залежністю за шкалою Гамільтона (HARS)**

Симптоми	ГРА			ГРБ			ГП		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Тривожний настрій	23	13,4	3,4	34	14,7	3,5	2	13,3	3,4
Напруга	22	12,8	3,3	33	14,3	3,5	3	20,0	4,0
Страх	20	11,6	3,2	26	11,3	3,2	—	—	—
Інсомнія	13	7,6	2,6	21	9,1	2,9	3	20,0	4,0
Інтелектуальні порушення	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Депресивний настрій	20	11,6	3,2	24	10,4	3,1	2	13,3	3,4
Соматичні м'язові симптоми	13	7,6	2,6	16	6,9	2,5	2	13,3	3,4
Соматичні сенсорні симптоми	14	8,1	2,7	15	6,5	2,5	3	20,0	4,0
Серцево-судинні симптоми	9	5,2	2,2	13	5,6	2,3	—	—	—
Респіраторні симптоми	6	3,5	1,8	9	3,9	1,9	—	—	—
Гастроінтестинальні симптоми	10	5,8	2,3	13	5,6	2,3	—	—	—
Сечостатеві симптоми	10	5,8	2,3	11	4,8	2,1	—	—	—
Всього	172	100,0		231	100,0		15	100,0	

Таблиця 5

**Структура відповідей дружин пацієнтів з алкогольною залежністю
за шкалою оцінки психосоціального стресу (шкала Л. Рідера), %**

Відповіді	ГРА				ГРБ				ГП			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	75,0	12,5	7,5	5,0	92,5	7,5	—	—	—	—	8,0	92,0
2	50,0	37,5	5,0	7,5	90,0	10,0	—	—	—	—	10,0	90,0
3	80,0	12,5	5,0	2,5	95,0	5,0	—	—	—	—	4,1	95,9
4	74,4	12,8	7,7	5,1	90,0	10,0	—	—	—	—	0,0	100,0
5	67,5	17,5	10,0	5,0	95,0	5,0	—	—	—	—	6,0	94,0
6	70,0	27,5	2,5	0,0	87,5	12,5	—	—	—	—	8,0	92,0
7	75,0	12,5	7,5	5,0	100,0	—	—	—	—	—	6,0	94,0

Примітка. 1. Мабуть, я людина нервова. 2. Я дуже турбуюся про свою роботу. 3. Я часто відчуваю нервову напругу. 4. Моя повсякденна діяльність спричиняє велику напругу. 5. Спілкуючись із людьми, я часто відчуваю нервову напругу. 6. У кінці дня я зовсім виснажена фізично й психічно. 7. У моїй родині часто виникають напружені стосунки. I — згоден; II — скоріше згодна; III — скоріше не згодна; IV — не згодна.

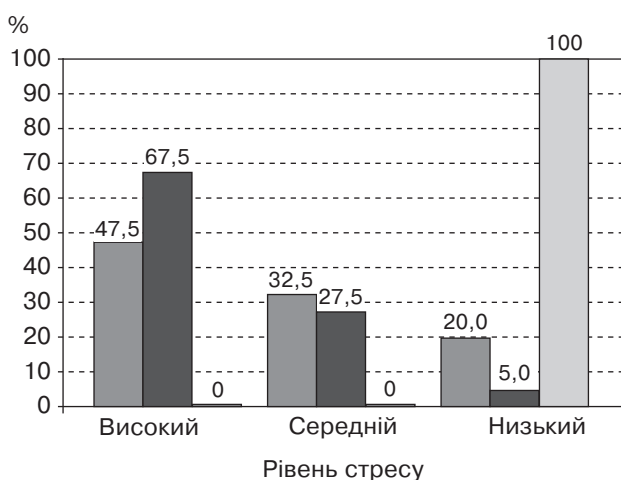


Рис. 1. Розподіл результатів оцінювання обстежених за рівнем психосоціального стресу (шкала Л. Рідера): ■ — ГРА; ■ — ГРБ; □ — ГП

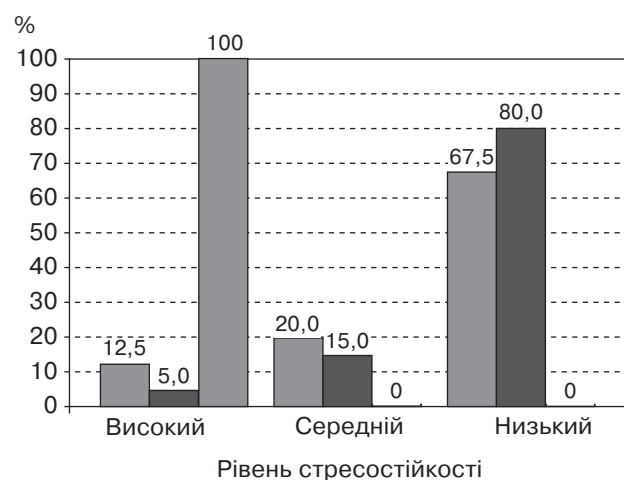


Рис. 2. Розподіл результатів оцінювання обстежених за рівнем стресостійкості (шкала Холмса і Раре): ■ — ГРА; ■ — ГРБ; □ — ГП

ГРБ — 95,0%, ($p \leq 0,001$); «У кінці дня я зовсім виснажена фізично й психічно»: ГРА — 70,0%, ГРБ — 87,5%, ($p \leq 0,001$); «У моїй родині часто виникають напружені стосунки»: ГРА — 75,0%, ГРБ — 100,0%, ($p \leq 0,001$). У ГП відповіді розподілилися між «Скоріше не згодна» та «Не згодна» ($p \leq 0,001$).

Дослідження рівня стресостійкості у дружин пацієнтів (рис. 2) довело, що серед обстежених імовірність розвитку психосоматичного захворювання становила: у ГРА — 12,5% (середній бал — 175), у ГРБ — 5,0% (середній бал — 190), ГП — 100,0% (155 балів) ($p \leq 0,001$). Усіх обстежених було віднесено до групи із високим рівнем стресостійкості. Група із граничним рівнем стресостійкості виглядала таким чином: ГРА — 20,0% (250 балів), ГРБ — 15,0% (275 балів) ($p \leq 0,001$). Низький рівень стресостійкості обстежені із реальною загрозою психосоматичного захворювання (у деяких випадках у стадії нервового виснаження) мали у ГРА — 67,5% (310 балів), у ГРБ — 80,0% (355 балів) ($p \leq 0,001$).

Таким чином, в усіх дружин чоловіків з АЗ діагностовано викривлення психоемоційного стану з превалюванням проявів депресії і патологічної тривоги клінічно окресленого рівня, а також високий рівень психосоціального стресу й низьку стресостійкість на відміну від жінок чоловіків без алкогольних проблем. Крім того, встановлено, що більш виражені психопатологічні прояви

трапляються у дружин чоловіків із сімейним анамнезом, обтяженим наркопатологією.

Отримані дані, що свідчать про єдині механізми родинного переживання стресової ситуації ($p < 0,05$), було покладено нами в основу розробки заходів комплексного лікування та психотерапевтичного супроводу співзалежних дружин хворих на АЗ.

Список літератури

1. *Wegscheider-Cruise Sh.* Another Chance: Hope & Health for the Alcoholic Family (2nd ed.) / Sh. Wegscheider-Cruise.— Palo Alto, Calif: Science & Behavior Books inc, 1989.— 324 p.
2. Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes / T. F. Babor, Z. S. Dolinsky, R. E. Meyer [et al.] // Br. J. Addict.— 1992.— Vol. 87.— P. 1415–1431.
3. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity / T. F. Babor, M. Hofmann, F. K. DelBoca [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry.— 1992.— Vol. 49.— P. 599–608.
4. Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching / M. D. Litt, T. F. Babor, F. K. DelBoca [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry.— 1992.— Vol. 49 (8)— P. 609–614.
5. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика: методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— М.: Бахрах-М, 2011.— 670 с.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И УРОВЕНЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА У ЖЕН ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В. В. ЯРЫЙ

Определены особенности психоэмоционального состояния и уровней психосоциального стресса как клинических проявлений созависимости у жен больных алкогольной зависимостью мужчин. Установлено, что у них превалируют признаки депрессии и патологической тревоги клинически очерченного уровня, а также высокий уровень психосоциального стресса и низкая стрессоустойчивость в отличие от жен мужчин без алкогольных проблем. Полученные данные, свидетельствующие о единичных механизмах семейного переживания стрессовой ситуации, были положены в основу разработки мероприятий комплексного лечения и психотерапевтического сопровождения созависимых жен пациентов с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: созависимость, тревога, депрессия, психосоциальный стресс, стрессоустойчивость, жены, алкогольная зависимость.

EMOTIONAL STATE AND LEVEL OF PSYCHOSOCIAL STRESS IN WIVES OF PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION

V. V. YARYI

The characteristics of emotional state and level of psychosocial stress as clinical manifestations of codependency were determined in wives of patients with alcohol addiction. Prevailing pathological manifestations of depression and pathological anxiety of clinically delineated levels and high levels of psychosocial stress and low stress resistance were revealed in them in contrast to the wives of men without alcohol problems. The obtained findings showing common mechanisms of family experiences of a stressful situation were used as the basis for developing complex treatment and psychotherapeutic support of codependent wives of the patients with alcohol addiction.

Key words: codependency, anxiety, depression, psychosocial stress, stress resistance, wives, alcohol addiction.

Надійшла 25.08.2015