

П. М. Слободянюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

ЗАСАДИ ТА НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРИНЦИПІВ І ПІДХОДІВ ЩОДО ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ІНТЕГРАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

На підставі вивчення індивідуально-психологічних та клініко-психопатологічних особливостей 150 чоловіків, хворих на алкогольну залежність, сформульовано засади та здійснено наукове обґрунтування принципів і підходів до формування системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності. Встановлено, що при побудові інтегрованих психотерапевтичних заходів необхідно враховувати: «алкогольну родинну структуру»; оцінювання можливості зміни «родинних альянсів» й «коаліцій»; «чутливості родини» до дій залежного члена родини; джерела стресу. Інтегративна психотерапія повинна бути спрямована на нівелювання пониженої стійкості щодо життєвих труднощів (спалахи негативних емоцій, образливість, підозрілість, конфліктність; комплексу неповноцінності, тривожність). Чинниками утруднення психотерапії є анозогнозія АЗ; «хвороблива впевненість» у можливість самостійного вилікування; високий рівень тривожності; «брутальність» психічної організації пацієнта. Тому комплекс інтегративної психотерапії повинен включати мотиваційний, навчальний та підтримувальний етапи.

Ключові слова: інтегративна психотерапія, наукове обґрунтування, алкогольна залежність

В останні роки в багатьох країнах світу відзначається значне підвищення споживання спиртних напоїв і як наслідок цього — збільшення кількості хворих з алкогольною залежністю (АЗ) [1—4].

Епідемічна поширеність зловживання спиртними напоями, його популярність на масштабність і вітальний характер становлять реальну загрозу здоров'ю нації і дозволяють віднести рішення проблеми мінімізації рівня захворюваності алкогольною залежністю до основних, які мають медичне і соціальне значення [4—8].

Аналізуючи дані літератури, доводиться констатувати, що, незважаючи на великий арсенал засобів і методів, які має в своєму розпорядженні наркологія, ефективність лікування АЗ продовжує залишатися недостатньою [4—15]. Дослідниками вказується, що міцний зв'язок між мікросоціальним середовищем, залежність від існуючих у суспільстві традицій і міфів утрудняє «розпізнавання» захворювання самим індивідом і його оточенням. З іншого боку, індивідуально-особистісна реакція на хворобу як на феномен, що не збігається з базовими настановами особистості, веде до формування алкогольної анозогнозії, різних психологічних захистів, «системи виправдувальних заходів» і т. ін. Враховуючи вищевикладене, актуальним у сучасних умовах є розроблення методів, спрямованих на інтеграцію різних напрямків.

Необхідно відзначити, що у сучасних умовах роль і питома вага психотерапії в комплексі терапевтичних заходів вищевказаної категорії пацієнтів постійно збільшуються [5—10].

У зв'язку з цим, у ряду першочергових завдань і перспективних напрямків розвитку психотерапії є розроблення інтегративних методів лікування, через удосконалення, адаптацію і модифікацію новітніх методів психотерапії. Виходячи зі сказаного вище, доречним видається висновок про необхідність пошуку нових психотерапевтичних підходів до лікування АЗ. Як один з таких

підходів можна розглядати інтегративну психотерапію (ІП), що є визнаною при лікуванні адиктивних розладів. У контексті лікування АЗ даний метод спрямований на те, щоб сприймати людину як щось ціле, і пропонує йому відповідну терапію. При цьому вона ґрунтується на досвіді сучасних досліджень з психотерапії, які доводять, що більшість підходів у психотерапії мають загальні основні, але різні фактори впливу, й що завдяки сполученню цих факторів можна уникнути однобічної спрямованості психотерапії.

З метою розроблення засад та наукового обґрунтування принципів і підходів щодо формування системи ІП АЗ, нами, за умови інформованої згоди, обстежено 150 пацієнтів — чоловіків, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 — F 10.2 «алкогольна залежність», різного вікового цензу в період ремісії (основна група). Групу порівняння склали 50 практично здорових осіб — чоловіків. В роботі використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний та статистичний методи.

На підставі аналізу клінічних й психопатологічних особливостей формування та перебігу АЗ у чоловіків, в аспекті їх інтегративної психотерапії [16], психологічних особливостей чоловіків [17] та виявлення патологічних взаємозв'язків між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування АЗ [18], нами запропоновано засади (напрямки) ІП АЗ із хворими, до яких віднесено:

- усвідомлення особливостей власного хворобливого стану;
- психотерапевтичний аналіз особистісних характеристик та особливостей сприйняття себе у соціальній та сімейній сферах;
- формування та посилення мотивації на лікування;
- зменшення можливості рецидиву захворювання (практичні психотерапевтичні рекомендації);
- поведінка у «кризі»;
- заповнення наявного інформаційного дефіциту знань щодо АЗ;
- корекція «алкогольних» паттернів поведінки на соціально-родинні напрямки.

Мета системи ІП АЗ полягає у тому, щоб пацієнт отримав здатність самостійно вирішувати власні проблеми (алкогольного та неалкогольного генезу). Виходячи із даної мети, до принципів проведення системи інтегративної психотерапії алкогольної залежності у пацієнтів нами віднесено:

- 1) етапність впливів та заходів — перехід від простої до складної форми психотерапевтичного впливу;
- 2) широке охоплення, інтеграція психотерапевтичних програм (психологічна, сімейна, професійна, суспільна сфера та сфера дозвілля);
- 3) акцент на здорових — «збережених» сторонах особистості;
- 4) навчання навичкам «оволодіння» та «протистояння» потягу до вживання алкоголю;
- 5) кінцева мета — відновлення старих та побудова нових суспільних зв'язків із повною інтеграцією у суспільство;

б) розширення сфери відповідальності пацієнтів за власне життя та здоров'я;

7) побудова та навчання навичкам адаптації й вирішення «алкогольних» та «неалкогольних» проблем.

До особливостей проведення ІП АЗ віднесено:

1. Врахування та подолання ставлення родини до хвороби родича: анозогностичне ставлення та приховування захворювання від оточуючих.

2. Врахування позитивного впливу досвіду інших родин при груповій психотерапії.

3. Інформативність у питаннях медикаментозної терапії, ролі стресу у рецидиві захворювання.

4. Авторитарність позиції психотерапевта.

Умовами проведення інтегрованої психотерапії визначено: а) заходи із обмеження нереалістичних очікувань пацієнта; б) заходи щодо зниження рівня стимулюючих і стресових факторів у соціальному оточенні (етап включення в психотерапію); в) постійна корекція дезадаптивних настанов і форм поведінки.

Власне, побудова системи інтегрованих психотерапевтичних заходів базувалася на таких підходах, що враховували також сімейну взаємодію, а саме:

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

2) оцінювання можливості зміни «родинних альянсів» й «коаліцій»;

3) простеження зміни «чутливості родини» до дій залежного члена родини;

4) моніторинг умов життя родини із визначенням джерел стресу;

5) оцінювання успішності проходження пацієнтом та родинною етапу життєвого циклу й виконання відповідних етапу завдань розвитку.

За узагальненням результатів дослідження нами запропоновано «діагностичні показання», за наявності яких доцільно застосовувати ІП АЗ, а саме:

- У «особистісному портреті» у хворих на АЗ виявляються: високий рівень невротизації з вираженими депресивними рисами характеру; емоційна нестійкість із частими коливаннями настрою. Схильність пацієнтів до афективних ексцесів із агресивною поведінкою по відношенню до оточуючих. Непевність у собі, яка утрудняє процес спілкування й формує низьку соціальна активність.

- Акцентуації особистості формуються за збудливим та дистимічним типами із зміною емоційного фону.

- Пацієнти із патологічною мотивацією механізмів вживання алкоголю та наявності у анамнезі «материнського алкоголізму».

- Наявність у пацієнтів із соціально-психологічними МВА «особистісних зломів» — невмінням протистояти тиску оточуючих, нездатності відмовитися від прийому алкоголю, тривоги. У пацієнтів із патологічними МВА «патологічна складова» у змісті має незрілість, «афективну логіку», лабільність, легкість фрустрації, зниження самооцінки, страх оцінки, егоцентризм, невпевненість, уникнення проблем.

- Вік дебюту АЗ — менш 20 р., стаж вживання алкоголю більш 10 р., середня доза у межах 151—500 мл, максимальна доза у межах 1001—1250 мл.

На підставі виокремлення вищезгаданих «діагностичних показань» призначення ІП запропоновано алгоритм визначення необхідності її застосування (рис. 1).



Рис. 1. Алгоритм визначення необхідності застосування інтегративної психотерапії

У основу заходів ІП як «філософська складова» нами були взяті розробки А. Є. Лічко та В. С. Бітенського (1991) [19], які вказують на необхідність розмежування понять: мотивації (як спонукання до діяльності, визначеної потребами) і мотивування (суб'єктивного пояснення своїх вчинків). Так, відомо що найчастіше змішують мотивацію й об'єктивно діючі чинники середовища. Також ми розрізняємо мотивацію ініціальну і хворобливу (основною є потяг), де визначається екстернальна спрямованість мотивувань (перебільшення впливу зовнішніх причин).

Мотивація вживання алкоголю з позицій психологічного захисту, а також з позиції позитивного підходу Н. Пезешкіана [20] при проведенні ІП розглядалася нами у вигляді п'яти видів:

1) атарактична — намагання застосувати алкоголь з метою полегшення або усунення емоційного дискомфорту, а також спрямоване на нівелювання внутрішньо-особистісного конфлікту (алкоголь приводив емоційний стан в норму зі зниженого);

2) гедоністична — сприяє підвищенню нормально-го (не зниженого) настрою (отримання задоволення, почуття радості, ейфорії від прийому речовин на фоні звичайного настрою);

3) гіперактивація поведінки — будується на ефекті активації (намагання вивести себе із стану пасивності, байдужості, апатії та бездіяльності);

4) субмисивна — невміння протистояти тиску оточуючих, нездатність відмовитися від прийому алкоголю, який пропонують оточуючі; Дана мотивація є наслідком специфічних особистісних особливостей пацієнтів з рисами сором'язливості, конформістії, тривожності, боязкості;

5) псевдокультурна — пристосування власного досвіду до цінностей соціального мікросередовища, в якому функціонує пацієнт.

Спираючись на результати власних досліджень, ми визначили мішені ІП АЗ (рис. 2).

В цілому, ІП повинна бути спрямована на нівелювання виявлених провідних негативних чинників-проблем, а саме:

1) понижено здатність до перенесення життєвих труднощів, яка обумовлена прагненням до негайного отримання задоволення та задоволення лише власних бажань (такі особистості при неможливості задовольнити власні бажання реагують спалахами негативних емоцій, або «втечу» від проблем, труднощів); найчастіше дана

особливість ґрунтується на образливості, підозрливості, конфліктності;

2) комплекс неповноцінності, який є прихованим та проявляється зміною настрою, невпевненістю, уникненням ситуацій, в яких їх здібності можуть бути об'єктивно перевірені;

3) тривожність, яка пов'язана з комплексом неповноцінності (у звичайних життєвих ситуаціях тривожність виникає без видимих причин або подій).

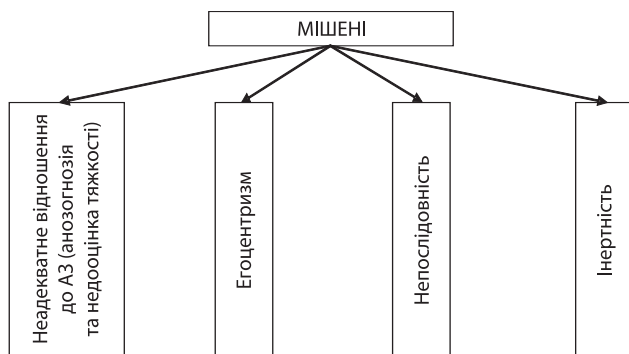


Рис. 2. Мішені психотерапевтичної роботи з пацієнтом, який страждає на АЗ

Узагальнення напрямку психотерапевтичної роботи із пацієнтами надає можливість зрозуміння вибору когнітивно-поведінкової психотерапії як базової в системі ІП АЗ. Так, при застосуванні когнітивно-поведінкової психотерапії, вплив необхідно спрямовувати на два види мішеней, а саме:

— структуру симптому (різні прояви патологічного потягу до алкоголю);

— основні когнітивні схеми, які полягають у основі патологічного потягу — базові дисфункціональні переконання та ірраціональні настанови. Індивідуальна організація даних схем проявляється «автоматичними мислями» щодо вживання алкоголю та створення стратегії особистості, яка визначає емоції та поведінку хворого. Таким чином, одна когнітивна структура буде визначати такі складові залежної поведінки як: мотив вживання алкоголю, внутрішня картина хвороби, мотивація на лікування.

Важливе значення в індивідуальній організації базових дисфункціональних переконань та ірраціональної поведінки відіграють особистісні риси (локус контроль та самооцінка).

Як інструмент об'єктивізації процесу ІП та виявлення глибинних дисфункціональних переконань пацієнтів доцільно застосовувати контент-аналіз результатів психотерапевтичних сеансів через вираження їх у письмових працях (наприклад, «Записник-щоденник автоматичних мислей»). У даному записнику судження найбільш адекватно вербалізують дисфункціональні переконання хворого у провокуючій ситуації — фіксування «автоматичної мислі»). У подальшому виявлені «автоматичні мислі» класифікуються за тематикою, відображаючи цілісну картину глибинних базових дисфункціональних переконань.

Спираючись на вищевикладене, за результатами власних досліджень, другою важливою складовою при роботі із хворими на АЗ постола робота із родиною пацієнта у рамках системи ІП. Нами запропоновані мішені психотерапевтичного впливу на членів родини хворого, якій страждає на АЗ (рис. 3).

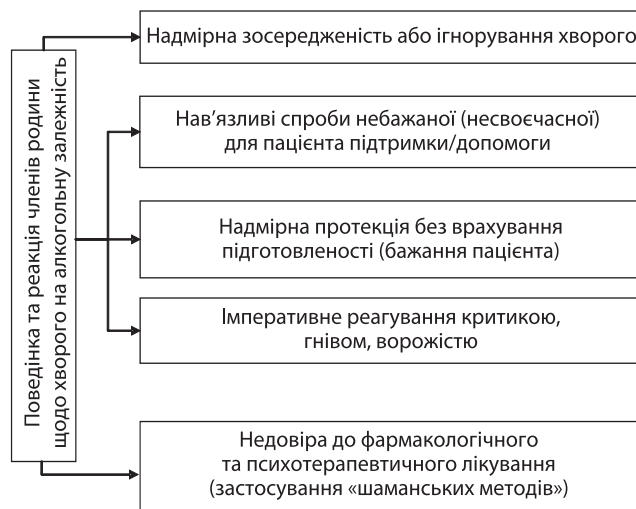


Рис. 3. Основні мішені психотерапевтичного впливу на членів родини хворого на АЗ

Вплив психотерапії у роботі із родиною пацієнта, у першу чергу, спрямовується на нівелювання надмірної зосередженості або ігноруванні хворого членами родини. Так, за допомогою психотерапевта створюється план короткочасних та довгострокових цілей, де значущі члени родини та пацієнт спільно визначають та обговорюють родинні проблеми та проблеми власно пацієнта, до яких вони зобов'язуються змінити ставлення та поведінкові паттерни. Такій підхід застосовується до кожної наступної мети із її емоційною значущістю для усіх членів родини, яких ця проблема власно стосується.

Досягнення нівелювання останньої мішені — подолання недовіри щодо фармакологічного та психотерапевтичного лікування та відмова від застосування «шаманських методів» є, власно, одним із показників ефективності інтегрованих психотерапевтичних заходів.

Ідеологією застосування нами системи інтегративного психотерапевтичного впливу є прийняття думки, що психотерапевтичний процес є комплексним. Тому при оцінюванні когнітивно-поведінкових позитивних змін у пацієнтів ми не надаємо переваги лише одному чиннику (психічним процесам, досвіду, особистісним особливостям, когнітивним процесам), а враховуємо їх комплексну дію. Наступним, окрім комплексної дії, є прийняття позиції їх взаємодії. Так, вирішення майже усіх проблем, які «супроводжують АЗ», має когнітивний, емоційний, психофізіологічний та поведінковий аспекти. Також позитивний результат від системи ІП є можливий не лише застосуванням психотерапевтичних впливів, а у зв'язку із впливом соціальних та родинних впливів, які відчуває пацієнт. Таким чином, на наш погляд, основою інтегрованого підходу можна вважати прийняття соціального середовища (контексту), у якому живе та функціонує пацієнт. В цілому, концепцію системи ІП, на підставі якої нами проводилося лікування пацієнтів із АЗ, можна уявити таким чином: ІП спрямована на поліпшення здатності пацієнтів вирішувати власні проблеми. Іншими словами, ІП спрямована на розкриття та вміння застосовувати навички «саморегуляції» та «самоактуалізації» пацієнта, які у хворих на АЗ є «деформованими». Даний підхід, тобто признання того, що пацієнт може вирішувати власні проблеми, призводить до відмови у спробах переструктуризації особистості пацієнта

«імперативними» «шаманськими» засобами тимчасового «зцілення», які ігнорують соціальний досвід та соціальне середовище пацієнта.

Важливим аспектом психотерапевтичної роботи у рамках системи ІП АЗ також є сімейна терапія. Під час аналізу причин, що призводять до розвитку тривожно-депресивних епізодів та провокують рецидив АЗ, одними з провідних є внутрішньосімейні проблеми. У цьому напрямку використовуються такі психотерапевтичні стратегії:

- аналіз конфліктних відносин у родині, із розробленням індивідуальних поведінкових стратегій для вирішення конфлікту із залученням у психотерапевтичний процес членів родин;

- аналіз сімейного сценарію;

- виявлення обмежуючих переконань у сімейних відносинах з їх наступною психотерапевтичною трансформацією;

- розроблення індивідуальних програм корекції деструктивних девіацій у відношенні власного гендерного сприйняття.

До загальних правил інтегративної психотерапевтичної роботи з пацієнтами, які страждають на АЗ, та їх родинами можна віднести:

- усвідомлення того, що будь-яка хвороба вимагає періоду пристосування до неї;

- уникнення емоційних сцен і стресових ситуацій;

- уникнення критики хворого, сприятливий стиль розмови у родині та спокійна переконлива форма бесіди;

- вселення хворому поваги до себе, свідомості власної цінності й унікальності;

- акцент на успіху й досягненнях хворого;

- непереконання хворого у помилках;

- заохочення дотримання повсякденних правил життя;

- забезпечення спілкування з людьми, а також можливості бути на самоті.

У свою чергу, виявлено чинники, що утрудняють реалізацію та впровадження системи ІП хворим на АЗ та членам їх родин, до яких віднесені такі:

- негативні переконання (невіра) у можливість видужання;

- анозогнозія алкогольної хвороби;

- «хвороблива впевненість» у можливість самостійного — природного виликування;

- високий рівень тривожності пацієнта;

- відсутність згоди про завдання та цілі психотерапії між пацієнтом та родиною;

- «брутальність» психічної організації пацієнта;

В цілому, комплексну систему ІП АЗ можна представити у такому базовому вигляді:

1. Курс психотерапевтичного лікування — 1,5—4 місяців. Кількість сесій — від 5 до 23, у середньому 11 та складається із трьох етапів: мотиваційного (1,5 тижня), етапу навчання (4—5 тижнів), підтримки (5—12 тижнів).

2. Мотиваційний етап — спрямований на інформаційну та мотиваційну роботу із пацієнтом. Кінцевою метою є формування так званого «запиту» на психотерапію із настановою пацієнта на лікування та формулюванням її мети, завдань та підписання психотерапевтичного контракту.

3. Навчальний етап — проводиться із частотою 2—3 рази на тиждень. Метою даного етапу є виявлення індивідуальних базових дисфункціональних переконань

та ірраціональних настанов, провідних «дефектних» когнітивних схем та провокуючих ситуацій. На даному етапі, власно, серед методик інтегрованої психотерапії використовуються когнітивні техніки у вигляді «Записника-щоденника автоматичних мислей» та «Сократового діалогу». Застосовуються техніки гештальт-терапії, елементи екзистенціальної терапії, а також когнітивно-поведінкові методики для напрацювання «соціально-позитивного адаптованого» поведінкового репертуару та м'язової релаксації.

Наступною частиною психотерапії є психокорекція соціальних відносин у родині. Кінцевою метою даного етапу було повне оволодіння та прийняття пацієнтом: а) природи власних дезадаптивних емоцій; б) їхнього зв'язку із індивідуальними базовими дисфункціональними переконаннями та ірраціональними настановами; г) оволадання із емоційною алекситимією; д) набуття навиків асертивності, відстоювання власних інтересів, вміння отримувати позитивну підтримку щодо власної поведінки.

4. Підтримувальний етап — переважання у психотерапевтичній роботі когнітивного аспекту лікування, спрямованого на: профілактику рецидиву АЗ (аналіз періодів невживання та чинників, які провокують рецидив). Аналіз індивідуальних базових дисфункціональних переконань та ірраціональних настанов із формуванням заходів їхнього довгострокового подолання. Так, емоційний компонент у своєму змісті полягає у поліпшенні навиків стресостійкості та саморегуляції, у свою чергу, поведінковий компонент — це закріплення нових альтернативних навиків функціонування у соціумі шляхом накопичення позитивного досвіду у провокуючих ситуаціях.

Аналіз отриманих результатів дослідження щодо розроблення засад та наукового обґрунтування принципів та підходів формування системи ІП АЗ дозволив зробити ряд узагальнень.

1. Засадами (напрямами) ІП АЗ є усвідомлення пацієнтом хворобливого стану, аналіз власних особистісних характеристик та особливостей сприйняття себе у соціальній та сімейній сферах; формування у пацієнта мотивації на лікування; напрацювання поведінки у «кризі»; корекція «алкогольних» паттернів поведінки. Принципами та умовами проведення ІП АЗ є: етапність впливів; широке охоплення; навчання навичкам «оволодіння» та «протистояння» потягу вживання алкоголю; відновлення суспільних зв'язків; розширення сфери відповідальності пацієнтів за власне життя та здоров'я; навчання навичкам адаптації й розв'язання «алкогольних» та «неалкогольних» проблем.

2. Під час проведення ІП необхідно враховувати: ставлення родини до хвороби родича (анозогностичне та приховування захворювання від оточуючих); інформативність щодо медикаментозної терапії. У свою чергу, умовами проведення ІП є: попередження рецидивів, що досягається обмеженням нереалістичних очікувань пацієнта, а також зниженням рівня стимулюючих і стресових факторів у соціальному оточенні (етап включення в психотерапію); корекція дезадаптивних переконань і форм поведінки.

3. При реалізації інтегрованих психотерапевтичних заходів необхідно враховувати: «алкогольну родинну структуру»; оцінювання можливості зміни «родинних альянсів» й «коаліцій»; «чутливості родини» до дій залежного члена родини; джерела стресу; успішність проходження пацієнтом та родиною етапу життєвого циклу й виконання відповідних етапу завдань розвитку.

При застосуванні психотерапевтичного впливу його необхідно спрямовувати на різні прояви патологічного потягу до алкоголю та базові дисфункціональні переконання та ірраціональні настанови.

4. ІП повинна бути спрямована на нівелювання зниженої здатності перенесення життєвих труднощів (спалахи негативних емоцій, образливість, підозрливість, конфліктність; комплекс неповноцінності, тривожність). До чинників, що утрудняють реалізацію ІП, віднесено: негативні переконання у можливість вилікування; анозогнозія АЗ; «хвороблива впевненість» у можливість самостійного вилікування; високий рівень тривожності; «брутальність» психічної організації пацієнта. Враховуючи вищезазначене, система ІП АЗ повинна включати мотиваційний, навчальний та підтримувальний етапи.

Список літератури

1. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок розповсюдження залежності від психоактивних речовин в Україні / [П. В. Волошин, О. І. Мінко, І. В. Лінський та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 3 (28). — С. 7—9.
2. Индивидуально-личностная и популяционная профилактика расстройств вследствие употребления психоактивных веществ / [А. И. Минко, И. В. Линский, В. В. Шалашов, К. Д. Гапонов] // Там само. — 2002. — Т. 10, вип. 2 (31). — С. 22—23.
3. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000—2005 гг. (проект). — Колпаченко: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. — 28 с.
4. Епідемії алкоголізму та нарко-, токсикоманій в дзеркалі медичної статистики МОЗ України (Аналітико-статистичний довідник 1990 — 2008 рр.). — Київ; Харків, 2009. — 168 с.
5. Москаленко, В. Ф. Сучасні проблеми організації лікування та реабілітації осіб з алкогольною та наркотичною залежністю / В. Ф. Москаленко, А. М. Вієвський, С. І. Табачников // Архів психіатрії. — 2000. — № 3—4 (22—23). — С. 5—8.
6. Синицкий, В. Н. Комплексная терапия хронического алкоголизма / В. Н. Синицкий // Лікування та діагностика. — 1996. — № 2. — С. 40—44.
7. Табачников, С. И. Обоснование и оценка краткосрочной эмоционально-стрессовой психотерапии алкогольной зависимости в учреждениях нового типа / С. И. Табачников, Е. Н. Зинченко // Український вісник психоневрології. — 1999. — Т. 7, вип. 1 (19). — С. 96—98.
8. Валентик, Ю. В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю. В. Валентик. В кн.: Лекции по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 309—341.
9. Михайлов, Б. В. Теоретичні проблеми лікування та профілактики залежності від психоактивних речовин / Б. В. Михайлов, А. О. Мартиненко, М. В. Маркова // Архів психіатрії. — 2000. — № 3—4 (22—23). — С. 9—10.
10. Досвід комплексної терапії при алкогольному та наркомаїному абстинентному синдромі / [І. Й. Влох, Л. В. Животовська, Н. Ю. Петрина, Л. В. Степаненко] // Там само. — 2001. — № 3(26). — С. 87—89.
11. Минко, А. И. Алкоголизм — междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) / А. И. Минко // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4 (29). — С. 6—7.
12. Битенский, В. С. Новые аверсивные методы терапии в наркологии / В. С. Битенский, К. В. Аймедов // Там само. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (30) (додаток). — С. 249—250.
13. Сосин, И. К. Клинические особенности алкогольной депрессии и новые подходы к ее лечению / [И. К. Сосин, О. С. Слабунов, Д. С. Сайков, Ю. Ф. Чуев] // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 1(36). — С. 84—91.
14. Сосин, И. К. Наркология (Монография) / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев. — Харьков: Коллегиум, 2005. — 800 с.
15. Битенский, В. С. Клініко-патогенетичні аспекти алкоголізму й наркомаїній / В. С. Битенський // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 1 (11). — С. 7—11.
16. Слободянюк, П. М. Клінічні й психопатологічні особливості формування та перебігу алкогольної залежності у чоловіків в аспекті їх інтегративної психотерапії / П. М. Слободянюк // Медична

психологія. — 2010. — Т. 5, № 3 (19). — С. 84—92.

17. Слободянюк, П. М. Психологічні особливості чоловіків, хворих на алкогольну залежність, в аспекті їх інтегративної психотерапії / П. М. Слободянюк // Таврический журнал психиатрии. — 2010. — Т. 14, № 2 (51). — С. 87—99.

18. Слободянюк, П. М. Патологічний взаємозв'язок між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування алкогольної залежності / П. М. Слободянюк // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3 (64). — С. 57—61.

19. Личко, А. Е. Подростковая наркология / А. Е. Личко, В. С. Битенский. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.

20. Пезешкиан, Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт / пер. с англ., нем. / Н. Пезешкиан. — М.: Смысл, 1993. — 332 с.

Надійшла до редакції 21.02.2011 р.

П. М. Слободянюк

Винницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова

Основы и научное обоснование принципов и подходов к формированию системы интегративной психотерапии алкогольной зависимости

На основании изучения индивидуально-психологических и клинико-психопатологических особенностей 150 мужчин, больных алкогольной зависимостью, сформулированы основы и осуществлено научное обоснование принципов и подходов к формированию системы интегративной психотерапии алкогольной зависимости. Установлено, что при построении интегративных психотерапевтических мероприятий необходимо учитывать: «алкогольную семейную структуру», а также проводить оценку возможности изменения «семейных альянсов» и «коалиций»; «чувствительности семьи» к действиям зависимого члена семьи; источники стресса. Интегративная психотерапия должна быть направлена на нивелирование пониженной стойкости к жизненным трудностям (вспышки негативных эмоций, обидчивости, подозрительности, конфликтности; комплекс неполноценности, тревожность). Факторами затруднения психотерапии является анозогнозия АЗ, «болезненная уверенность» в возможности самостоятельного излечения; высокий уровень тревожности, «грубость» психической организации пациента. Поэтому комплекс интегративной психотерапии должен включать мотивационный, учебный и поддерживающий этапы.

Ключевые слова: интегративная психотерапия, научное обоснование, алкогольная зависимость.

P. M. Slobodyanyuk

Vinnitsya National medical University named after M. I. Pirogov
(Vinnitsya)

Foundations and research ground of principles and approaches to the formation of integrative psychotherapy alcohol dependence

Based on the study of individual-psychological, clinical and psychopathological features of 150 men suffering from alcohol dependence, formulated the principles and carried out scientific justification of the principles and approaches to the development of integrative psychotherapy of alcohol dependence. Established that the construction of integrative psychotherapeutic interventions should be considered: "alcoholic family structure", as well as to assess the possibility of changing the "family alliances" and "coalitions", "sensitivity of the family" to the actions of dependent family members, sources of stress. Integrative Psychotherapy should be aimed at leveling the lowered resistance of life difficulties (flashes of negative emotion, resentment, suspicion, state of conflict, inferiority, anxiety). Factors of psychotherapy is difficult anosognosia AD, painful certainty "the possibility of self-healing, high levels of anxiety, "rudeness" of mental patients' organizations. There fore, a set of integrative psychotherapy should include motivational, training and support phases.

Keywords: integrative psychotherapy, scientific evidence, alcohol dependence.