

*П. М. Слободянюк, гол. лікар КП «Вінницький обласний наркологічний диспансер «Соціотерапія»
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

ПАТОЛОГІЧНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПСИХОЛОГІЧНИМИ СКЛАДОВИМИ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

На підставі вивчення індивідуально-психологічних та клініко-психопатологічних особливостей 150 чоловіків, хворих на алкогольну залежність, встановлено взаємозв'язки між даними показниками та виділено їх варіанти: вертикальний, коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості алкогольної залежності впливають один на одного, що призводить до їх підвищення або зниження; горизонтальний, коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості алкогольної залежності підсилюють або послаблюють силу дії один одного. Отримані дані покладено в основу під час розроблення заходів інтегративної психотерапії при лікуванні пацієнтів з алкогольною залежністю.

Ключові слова: психологічні особливості, клінічні особливості, алкогольна залежність

Проблема алкогольної залежності (АЗ) на даний час є однією з найбільш актуальних для сучасної медицини. Низькі показники ефективності лікувальних програм для хворих на АЗ обумовлюють необхідність пошуку певних критеріїв їх ефективного застосування і розроблення на цій основі комплексних диференційованих терапевтичних програм, які включають до себе різні комбінації сучасних методів лікування (фармакотерапевтичні та психотерапевтичні). Світовий досвід переконливо доводить значне підвищення ефективності психокорекційних програм лікування осіб, залежних від алкоголю, при використанні спеціально розроблених систем психотерапевтичних заходів. На даний час психотерапевтична ланка наркологічної допомоги в Україні практично не існує і її розвиток гальмується, в тому числі, відсутністю відповідного методичного забезпечення.

Сучасний стан психотерапії залежності від алкоголю характеризується індивідуальним підходом, комплексністю та спрямованістю. В цілому спостерігається перехід від симптомологічних до нозоцентризованих та особистісно-орієнтованих впливів. На перший план виходить поліпшення якості ремісій й профілактика рецидиву захворювання. Проте, для більшості пацієнтів, які звертаються за допомогою, найчастіше допомога зводиться до так званого «плацебо-лікування». Невиправдано широке застосування «шахрайських» з точки зору доказової медицини психотерапевтичних методів приводить до того, що значна кількість пацієнтів, що звертаються за допомогою, залишаються без повноцінного психотерапевтичного супроводу. У зв'язку із цим збільшується актуальність розроблення психотерапевтичних інтегративних методів, досить ефективних, що відповідають сучасним стандартам лікування АЗ. Як один з таких методів можна розглядати інтегративну психотерапію, що є визнаним методом лікування адиктивних розладів. У контексті лікування АЗ даний метод спрямований на те, щоб сприймати людину як ціле, і запропонувати їй відповідну терапію. При цьому вона ґрунтується на досвіді сучасних досліджень, 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.

Враховуючи вищевикладене, метою даної роботи було визначення взаємозв'язку між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування АЗ, для визначення мішеней інтегративного психотерапевтичного впливу, що планується нами до розроблення і впровадження в клінічну практику.

Для досягнення зазначеної мети за умови інформованої згоди, обстежено 150 пацієнтів-чоловіків, які відповідають 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.

Як методичний інструментарій використовували: тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням алкоголю та визначення ступеня небезпечності його вживання [1], опитувальник «Мотиви вживання алкоголю» (МВА) В. Ю. Зав'ялова [2], методику Г. Шмішека для вивчення акцентуованих рис характеру [3], тест ММПІ в адаптації Ф. Б. Березіна зі співавт. для визначення особистісних властивостей пацієнтів [4], методику визначення рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера (в адаптації Є. Ф. Бажина зі співавт.) [5], методики «Способи копінга» [3], «Індекс життєвого стилю» [3] та «Методика діагностики типів ставлення до хвороби» Ленінградського психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева [3].

За результатами дослідження взаємного впливу між психологічними складовими та психопатологічними особливостями АЗ виокремлено основні патологічні конструкції, які формують алкогольні риси пацієнтів та у подальшому впливають на функціонування алкогольної особистості.

В цілому за результатами отриманих експериментальних даних у хворих на АЗ виокремлено психологічні показники, які знаходяться у високому ступені вираженості/значущості й, за рекомендаціями авторів використаних методик, відповідають рівню, що є вище нормативних значень із досягненням патології, аномалії або дефекту особистості. Так, серед досліджених основної групи переважали пацієнти за типом акцентуації із демонстративністю, збудливістю, гіпертимністю, циклотимністю ($p < 0,01$); структурою особистості із психопатією (Pd), паранойяльністю (Pa), психастенією (Pt) гіпоманією (Ma) ($p < 0,01$); рівнем суб'єктивного контролю із екстернальним типом ($p < 0,01$); типом копінг-стратегій із конфронтацією, дистанціюванням, втечою-уникненням ($p < 0,01$); захисними механізмами — витісненням, запереченням, заміщенням, регресією ($p < 0,01$); із сенситивним, тривожним, анозогнозичним, ергопатичним типом ставлення до хвороби ($p < 0,01$).

Крім того, за результатами отриманих даних у хворих виокремлено клініко-психопатологічні особливості АЗ, що достовірно корелювали за впливом на перебіг АЗ та на зміну особистісних психологічних ознак пацієнтів. Так, серед досліджених основної групи переважали пацієнти із наявністю небезпеки для фізичного, психологічного, психічного здоров'я ($p < 0,01$); непереборним прагненням вжити алкоголь, втратою контролю, вживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції, станом абстиненції ($p < 0,01$); синдромом зловживання алкоголем, активною залежністю від алкоголю й постійним вживанням алкоголю ($p < 0,01$); істеричною, дисфоричною, експлозивною формами сп'яніння; атарактичними, абстинентними, адиктивними мотивами вживання алкоголю ($p < 0,01$); високою спадкоємністю АЗ по лінії батька та

Таблиця 1

Матриця кодування кореляційних взаємозв'язків

Код	Формула							
	1		2		3		4	
	ПП	A3	ПП	A3	ПП	A3	ПП	A3
A	↑	→	→	↑	↑	↑	→	→
B	↓	→	→	↓	↓	↑	←	→
C	↓	→	→	↓	↓	↑	↔	→
D	↑	←	←	↑	↑	↓	→	←
E	↓	←	←	↓	↓	↓	←	←
F	↓	←	←	↓	↓	↓	↔	←
G	↑	↔	↔	↑	↑	↓	→	↔
H	↓	↔	↔	↓	↓	↓	←	↔
I	↓	↔	↔	↓	↓	↓	↔	↔

Примітка: ПП — психологічні показники — результати тестування у межах завищення та патології; A3 — клініко-психопатологічні показники алкогольної залежності у межах завищення та патології.

стабільно високою у матері ($p < 0,01$); патологічними МВА та тяжким «прогресивним» перебігом A3 із дефектом особистості за алкогольним типом, «деформованими патернами поведінки батька», «емоційно-емпатичним дефектом» матері, копіюванням ризикових форм поведінки інших значущих осіб у молодому віці ($p < 0,01$); «синергізмом» патогенетичних механізмів вживання при різних МВА; вираженої клінічної картини A3 та змінами психофізіологічних реакцій організму на алкоголь у вигляді високої толерантності ($p < 0,01$); низької толерантності із зниженими адаптивними можливостями організму ($p < 0,01$).

Виявлено, що загальні психопатологічні синдроми A3 своєрідно впливають на суб'єктивну думку пацієнта щодо власного здоров'я. Так, виявлено високий рівень сили кореляційного зв'язку між низькою стурбованістю щодо погіршення соматичного стану здоров'я та низькими показниками психологічного/емоційного благополуччя ($p < 0,01$). Труднощі концентрації уваги, зниження розважливості й усвідомлення A3 впливають у бік зниження самореалізації та духовної реалізації ($p < 0,01$).

Отримані за результатами досліджень кореляційні взаємозв'язки диференційовані за площиною та напрямком впливу.

1. Вертикальний вплив — коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості A3 діють один на одного, що призводить до підвищення або зниження параметрів іншого.

Напрямок (вплив за зміною): ↑ — підвищення однієї із складових зв'язку; ↓ — зниження однієї із складових зв'язку; ↕ — взаємний вплив із підвищенням однієї та зниженням іншої складових зв'язку.

2. Горизонтальний вплив — коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості A3 діють один на одного, посилюючи або послабляючи силу дії іншого.

Напрямок (вплив за силою дії): → — посилення дії складової зв'язку; ← — послаблення дії складової зв'язку; ↔ — взаємна дія із підвищенням одної та зниженням іншої дії складової зв'язку.

Для підрахунку кореляційного взаємозв'язку за площиною та напрямком впливу розроблено схему їх кодування, яке відображено у матриці кодування взаємозв'язків (табл. 1). Розподіл взаємозв'язків має декілька варіантів, яким відповідають формули:

А) Формула 1: вертикальна зміна психологічних показників — горизонтальна показників залежності.

Б) Формула 2: горизонтальна зміна психологічних показників — вертикальна показників залежності.

В) Формула 3: вертикальна зміна психологічних показників — вертикальна показників залежності.

Г) Формула 4: горизонтальна зміна психологічних показників — горизонтальна показників залежності.

Усі викладені взаємозв'язки між показниками, що наведені у табл. 1, мали статистичну достовірність зв'язку ($p < 0,01$) у інших комбінаціях взаємозв'язків психологічних показників та показників алкогольної залежності, статистично достовірних зв'язків не виявлено ($p > 0,05$).

Кодування встановлених взаємозв'язків виглядає таким чином. Наприклад: A1 — збільшення патологічних психологічних показників супроводжується посиленням дії патологічного впливу A3. За результатами статистичного аналізу виявлено два типи «нахилу» розподілу динаміки зміни показників: 1 — «більш збережений — правосторонній нахил»; 2 — «більш руйнований — лівосторонній нахил». За тяжкістю найменш тяжким у клінічному плані є «односпрямований» взаємозв'язок, наприклад A1, найбільш тяжким — «зворотній» взаємозв'язок, наприклад I1.

Вищевикладені виокремлені психологічні показники та клініко-психопатологічні особливості A3 за площиною та напрямком кореляційного взаємозв'язку щодо патогенного їх розвитку викладені у зведених таблицях між психологічними показниками та: показниками тесту AUDIT (табл. 2), симптомами синдрому алкогольної залежності за МКХ-10 (табл. 3), мотивами вживання алкоголю (табл. 4), віковою структурою особистості та мотивами вживання алкоголю (табл. 5), показниками наркологічного статусу (табл. 6).

За зведеними результатами кореляційних взаємозв'язків між психологічними показниками та показниками тесту AUDIT (табл. 2) видно, що в цілому серед обстежених картин зміни динаміки показників. Так, у групі пацієнтів, де кількість балів була 16—19, у всіх підгрупах динаміка взаємозв'язків має у плані психологічного благополуччя та вираженості ознак A3 «більш збережений — правосторонній нахил». У свою чергу, у групі пацієнтів, де кількість балів склала від 20 та більше, у всіх підгрупах динаміка взаємозв'язків психологічного благополуччя та вираженості ознак A3 має «більш руйнований — лівосторонній нахил». Ця особливість у подальшому була покладена в основу формування психотерапевтичних груп та їх змістового наповнення у психотерапевтичному сенсі.

Таблиця 2

Зведені результати між динамікою клінічної обтяженості A3 та кореляційними взаємозв'язками психологічних показників* й показниками тесту AUDIT

Динаміка клінічної обтяженості A3	Підгрупа					
	1 (N = 46; 30,7 %)		2 (N = 54; 36,0 %)		3 (N = 50; 33,3 %)	
	Показник AUDIT (бали)/N — кількість					
	16—19 (N = 9)	20 та > (N = 37)	16—19 (N = 8)	20 та > (N = 45)	16—19 (N = 7)	20 та > (N = 43)
немає обтяженості ↓ значна обтяженість	A1	A4	B1	B4	C1	C4
	B2	B3	C2	C3	D2	D3
	C3	C2	D3	D2	E3	E2
	D4	D1	E4	E1	F4	F1
	E1	E4	F1	F4	G1	G4
	F2	F3	G2	G3	H2	H3
	G3	G2	H3	H2	I3	I2
	H4	H1	I4	I1	A4	A1
	I1	I4	A1	A4	B1	B4

Примітка: * — Результати тестування у межах завищення та патології

За зведеними результатами кореляційних взаємозв'язків між психологічними показниками та симптомами синдрому АЗ за МКХ-10 (табл. 3) видно, що в цілому, серед обстежених основної групи спостерігається хаотичний розподіл взаємозв'язків психологічних показників та симптомів АЗ.

Таблиця 3
Зведені результати кореляційних взаємозв'язків між психологічними показниками та симптомами алкогольної залежності за МКХ-10

Симптоми алкогольної залежності за МКХ-10	Психологічні показники*		
	Підгрупа (N, %)		
	1 (N = 46, 30,7 %)	2 (N = 54, 36,0 %)	3 (N = 50, 33,3 %)
1. Сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»)	—	×	C, F, G, H, I (1—4)
2. Порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»)	—	×	C, F, G, H, I (1—4)
3. Уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції	—	×	C, F, G, H, I (1—4)
4. Стан абстиненції	—	×	C, F, G, H, I (1—4)
5. Толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна)	—	×	—
6. Звуження асортиментів спиртних напоїв, які вживаються	A, B, D, E (1—4)	×	—
7. Прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів	A, B, D, E (1—4)	×	—
8. Психологічна або соматична шкода	A, B, D, E (1—4)	×	—
9. Постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків	A, B, D, E (1—4)	×	—

Примітка: * — Результати тестування у межах завищення та патології.

Проте, виявлено внутрішньогрупову залежність розподілу в залежності від мотиву вживання алкоголю. Так, пацієнти із психосоціальними мотивами (підгрупа 1) мали «односпрямовані» взаємозв'язки по так званим «соціальним» та «психологічним» симптомам, а саме: звуження асортиментів спиртних напоїв, які вживаються; прогресивне звуження спектра альтернативних задоволень, форм поведінки або інтересів; психологічна або соматична шкода; постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків. Пацієнти із патологічними мотивами (підгрупа 3) мали «зворотні» взаємозв'язки по так званим клінічним проявам АЗ, а саме: сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»); порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»); уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції; стан абстиненції; толерантність. У пацієнтів із особистісно-значущими мотивами (підгрупа 2) не виявлено чіткого розподілу взаємозв'язків із симптомами АЗ, у більшості їх класифікація була складною внаслідок наявності «міграції» внаслідок нестійкості особистісних рис пацієнтів.

Наступним етапом дослідження став аналіз та зведення результатів між динамікою клінічного обтяження АЗ та кореляційними взаємозв'язками психологічних показників та мотивів вживання алкоголю (табл. 4). З даних табл. 4 видно, що, в цілому, серед обстежених основної групи взаємозв'язок психологічних показників й симптомів АЗ із МВА, значно відрізняється.

Таблиця 4

Зведені результати кореляційних взаємозв'язків психологічних показників^А та мотивів вживання алкоголю

Групи мотивів вживання алкоголю								
соціально-психологічні			особистісно-значущі			патологічні		
Мотиви вживання алкоголю ^Б :								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
A1, A2 B1, B2 C1, C2	G1, G2 D1, D2 E1, E2	F1, F2 H1, H2 I1, I2	A3 B3 C3	D3 E3 F3	G3 H3 I3	A4 B4 C4	D4 E4 F4	G4 H4 I4
(N = 46; 30,7 %)			(N = 54; 36,0 %)			(N = 50; 33,3 %)		

Примітка: ^А Результати тестування у межах завищення та патології. ^Б Мотиви вживання алкоголю: 1. Традиційні; 2. Субмісивні; 3. Псевдокультурні; 4. Гедоністичні; 5. Атарактичні; 6. Гіперактивні поведінки; 7. Абстинентні; 8. Адиктивні; 9. Самоушкодження

Для пацієнтів першої підгрупи характерним виявився розподіл взаємозв'язків із вертикально-горизонтальним та горизонтально-вертикальним варіантом впливу (формули 1, 2). Для пацієнтів другої підгрупи — вертикальний вплив (формула 3), пацієнтів третьої підгрупи — горизонтальний напрямок впливу (формула 4). В цілому, характеризуючи пацієнтів за мотивом вживання, можна узагальнити так: для пацієнтів із соціально-психологічними мотивами «особистісні зломи» у більшості випадків проявлялися у вигляді невміння протистояти тиску оточуючих, нездатності відмовитися від прийому алкоголю, сором'язливості, тривожності, боязкості, намаганням пристосувати свій власний досвід до цінностей соціального мікросередовища, в якому він функціонує. Для пацієнтів третьої підгрупи «патологічна складова» у своєму змісті мала: незрілість, «афективну логіку», лабільність, легкість фрустрації, зниження самооцінки, тривожність, блокування потреби в захищеності, потребу у схваленні, страх оцінки, егоцентризм, невпевненість, звинувачення інших, уникнення проблем.

Наступним етапом щодо аналізу взаємозв'язків між психологічними показниками та клініко-психопатологічними особливостями АЗ стало визначення психологічних особливостей пацієнтів в залежності від їх віку, структури особистості та МВА. Даний шлях був обраний нами, виходячи із загальноприйнятого факту щодо вікового потенціалу особистості у вирішенні особистісних проблем. Так, у різному віці особистість може по-різному, враховуючи власний досвід та успадковану здатність, використовувати механізми психологічного захисту із подоланням проблеми або використовувати патологічні механізми психологічного захисту із акцентуванням та розвитком патології. Результати розподілу досліджуваних пацієнтів за віковою структурою особистості та МВА відображено у табл. 5.

Таблиця 5

Розподіл досліджуваних пацієнтів за віковою структурою особистості (MMPI) та мотивами вживання алкоголю

Вік, у роках	Основна група			Група порівняння
	Підгрупа № 1	Підгрупа № 2	Підгрупа № 3	
Структура особистості				
≤ 30	тенденція	тенденція/акцентуація	акцентуація	тенденція
31—40	акцентуація	акцентуація	патологія	тенденція
41—50	патологія	акцентуація/патологія	патологія	акцентуація
51—60	патологія	патологія	патологія	акцентуація
≥ 61	патологія	патологія	патологія	патологія

Примітка: Достовірність зміни сукупного балу акцентуацій за шкалами Hs, D, Hy, Se ($p \leq 0,001$); достовірність зміни сукупного балу тенденції за шкалами Pd, Pa, Pt, Ma ($p \leq 0,001$); достовірність розбіжностей між показниками шкал у досліджуваних групах $p \leq 0,001$.

З даних табл. 5 видно, що обстежені основної групи значно відрізнялися від пацієнтів групи порівняння. Найбільш «враженими» виявилися пацієнти третьої підгрупи, у яких рівень патології особистості діагностувався вже у віці 31—40 рр. Тобто, враховуючи стаж вживання алкоголю (табл. 5), патологічна зміна особистості формувалася після 10 років зловживання алкоголем. У пацієнтів першої та другої підгрупи етап патологічної зміни особистісних рис до рівня патологічного їх прояву був відстрочений до віку 41—50 років. Треба зазначити, що показники пацієнтів третьої підгрупи не мали рівня тенденції, тобто мали початковий підвищений ризик зміни особистості до патологічного рівня у більш молодому віці. Крім того, пацієнти розподілилися у три вікові групи: група А (≤ 30 р.) — «переддиспозиційна», де пацієнти не мали патологічного рівня; група В (31—40 та 41—50 рр.) — «перехідна» із формуванням акцентуації та патології; група С (51—60 та 60 і більше років) — «патологічна» із вираженими патологічними рисами особистості. Даний розподіл пацієнтів у подальшому став основою для розробки заходів індивідуальної інтегративної психотерапії та формування груп із врахуванням віку та особистісних патологічних рис.

Наступним етапом став аналіз кореляційних взаємозв'язків між психологічними показниками та показниками наркологічного статусу (табл. 6).

Таблиця 6

Зведені результати кореляційних взаємозв'язків між показниками наркологічного статусу та психологічними показниками

Показники наркологічного статусу	Психологічні показники у підгрупі*		
	1 (N = 46, 30,7 %)	2 (N = 54, 36,0 %)	3 (N = 50, 33,3 %)
Спадковість у родичів			
немає	C4	A2	F4
батько	F3	C3	I2
мати	I2	B4	G1
сіблінгі	G3	E1	D4
інші	B1	D4	C2
Вік дебюту АЗ, роки			
< 20	F3	A1	A2
20—25	H4	G3	D3
26—30	B3	D2	G1
> 30	D1	I3	H2
Стаж вживання алкоголю, роки			
< 1	I4	I2	C4
1—5	D2	H3	F2
6—10	H1	A3	I1
> 10	C2	G4	A2
Середня доза, мл			
< 150	I2	D4	F4
151—500	G3	D2	H2
501—1000	A1	H1	I1
> 1000	B2	B2	C4
не встановлено	F4	C3	A1
Максимальна доза, мл			
< 500	C3	I1	C1
501—750	I4	A2	D4
751—1000	G2	D3	G2
1001—1250	H4	T2	I2
> 1250	A1	C4	H3

Примітка: * — результати тестування у межах завищення та патології за тестами

В обстежених усіх трьох підгруп кореляційні взаємозв'язки розподілилися по-різному за площиною та напрямком впливу. Крім того, показники наркологічного статусу та психологічні показники мали як «односпрямований», так й «зворотній» взаємозв'язок. Тобто, усі виокремлені показники наркологічного статусу мали істотний вплив на формування індивідуальних особливостей клінічної картини АЗ. Проте, загальними між тяжкістю клінічної картини АЗ та наявністю психологічної переддиспозиції виявлено такі наркологічні показники: спадковість від матері та батька, вік дебюту АЗ — менш 20 р., стаж вживання більш 10 р., середня доза у межах 151—500 мл, максимальна — у межах 1001—1250 мл.

Результати дослідження щодо встановлення взаємозв'язку між психологічними та клініко-психопатологічними показниками АЗ можна проілюструвати клінічним спостереженням, наведеним нижче.

Хворий У., 1980 року народження (30 р.).

Анамнез життя. Спадковість психічними захворюваннями обтяжена — мати страждала на депресію. Ранній розвиток без особливостей. Відомо, що батько зловживав алкоголем. Закінчив 9 класів загальноосвітньої школи, учився поспереду, прогулював заняття, тікав з будинку. Не одружений. Проживає з матір'ю, взаємини незадовільні. Трудова діяльність із 16 років, в армії не служив. Протягом трудової діяльності переїмав багато робіт, довго ніде не затримувався. Скоював суспільно небезпечні дії, затримувався міліцією за скоєння хуліганських дій у стані алкогольного сп'яніння. Джерело існування — не постійні заробітки, на утриманні матері.

Анамнез захворювання. Клінічно окреслені виражені епізоди алкогольної залежності — із 18—22 рр. У алкогольному стані спостерігається агресивна поведінка, але пацієнт вважає, що дані стани обумовлені зовнішніми чинниками, пов'язаними із проблемами у оточуючих. У бесіді з матір'ю виявлено, що поведінка хворого у період агресії некерована та виникає без видимих зовнішніх подразників. У віці 21—28 рр. відзначалося значне підвищення частоти епізодів вживання алкогольних напоїв. З 27 років по теперішній час відносини із оточуючими стали більш конфліктні. За характером епізодичне вживання змінилося постійним зловживанням алкоголем.

Соматичний та неврологічний статус. Пацієнт достатнього харчування, шкірні покриви чисті. Подих везикулярний, хрипів немає. Тони серця ритмічні, ПС 71 уд./хв, АТ 120/85. Живіт м'який, печінка, селезінка не пальпуються. Фізіологічні відправлення в нормі. Гострої неврологічної патології не виявлено.

Психічний статус. Правильно орієнтований у місці, часі й власній особистості. Свідомість не порушена. Пам'ять і мислення без видимої патології. Інтелект невисокий, життєві інтереси обмежені власною особою. У бесіді веде себе дуже розслаблено, десь нагло, але до лікаря ставиться насторожено. Критика до зловживання алкоголем відсутня, відповідальність за зловживання анозогнозує.

Наркологічний анамнез. Уживання алкоголю не заперечує, початок уживання з 16 років, алкогольний стаж близько 14 років. У даний час толерантність близько 500 мл (у перерахуванні на чистий спирт) на тиждень. Мотивом вживання виказує «для облегшення комунікації», та «бажанням спілкуватися на рівних», «бути як всі». Форма сп'яніння — агресивна із руховою активністю. Алкоголь уживає щодня по 50—100 мл по вечорах, у вихідні дні — до 300 мл. У клінічній картині алкогольної залежності за допомогою Модуля F 10 МКХ-10 виявлені такі симптоми: сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»), порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю»), уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції, стан абстиненції, звуження асортиментів спиртних напоїв, які вживаються, прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм поведінки та інтересів через перевагу алкоголю, психологічна і соматична шкода внаслідок вживання алкоголю, постійне вживання, незважаючи на шкідливі наслідки. Тривалість синдрому залежності від алкоголю близько 10 років.

Результати експериментального психологічного дослідження пацієнта У. наведені у табл. 7.

Таблиця 7

Зведені результати психодіагностичного обстеження пацієнта У.

Методики	Показник
Акцентуація характеру	Збудливий (20), дистимічний (18)
Профіль особистості (MMPI)	Hs — 73, D — 77, Hy — 77, Pd — 69, Pa — 64, Pt — 62, Se — 71, Ma — 66
Рівень суб'єктивного контролю	Екстернальний
Копінг-стратегія	Втеча-уникнення
Індекс життєвого стилю	Заперечення, регресія
Тип ставлення до хвороби	Анозогнозичний

Аналіз даних результатів психодіагностичного дослідження виявив у пацієнта виражену акцентуацію за збудливим (18 балів) і дистимічним (16,7 балів) типами та схильність до акцентуації за демонстративним (14,7 балів), неврівноваженим (14,1 балів) і екзальтованим (14,8 балів) типами. Таким чином, особливістю особистості є перенесення своїх проблемних станів на найближче оточення, в стані афекту пацієнт схильний до непрогнозованих вчинків, при низькому рівні контролю за поведінкою. Відмічаються часті стани із зниженим настроєм, які змінюються агресією та дисфорією.

Діагностичний висновок: Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю з синдромом залежності (F10.25). Особистісна девіація за агресивним типом реагування із руховим збудженням, анозогнозія алкогольної залежності. Мотиви вживання: абстинентні.

Призначення: Інтегративна психотерапія: 10 індивідуальних сеансів раціональної психотерапії, підсумкова психотерапевтична інтервенція за участю матері. Психофармакотерапія: гідазепам 60 мл/добу — 21 день, флуоксетин 20 мл/добу — 6 місяців, депакін-хроно 600 мл/добу — 1,5 місяця.

Катамнестичний анамнез. У ході психотерапевтичного лікування вдалося домогтися усвідомлення пацієнтом природи психосоціальних проблем та їх взаємозв'язку із зловживанням алкоголем. Сформована мотивація на відмову від вживання алкоголю й прийом підтримуючої медикаментозної терапії. Катамнестичне спостереження через 6 місяців після терапії показало, що пацієнт алкоголю не вживає; агресії, рухового збудження не діагностовано.

Аналіз даного клінічного прикладу показує, що в обстеженого має місце своєрідний взаємозв'язок преморбідних особливостей (завищеної самооцінки, демонстративності, екстраверсії), та клініко-психопатологічними показниками АЗ, що сформували особистісні девіації у вигляді агресивного типу реагування, емоційної лабільності і схильності до афекту, що сприяло постійному зловживанню алкоголем та наступному розвитку АЗ.

В цілому, узагальнюючи оцінку наявності патологічного взаємозв'язку між психологічними складовими та психопатологічними особливостями формування АЗ, можна зазначити таке. Пацієнти мають декілька варіантів взаємозв'язку, а саме: вертикальний вплив, коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості АЗ діють один на одного, що призводить до їх підвищення або зниження; горизонтальний — коли психологічні особливості та клініко-психопатологічні особливості АЗ посилюють, або послаблюють силу дії іншого. Крім того, у хворих виявлено два типи взаємодії показників: «збережений» та «руйнований» із «односпрямованим» та «зворотнім» взаємозв'язком посилення клінічних ознак. Для пацієнтів із соціально-психологічними МВА «особистісні зломи» у більшості проявлялися у вигляді невміння протистояти тиску оточуючих, нездатністю відмовитися від прийому алкоголю, тривоги.

Для пацієнтів із патологічними МВА «патологічна складова» у змісті мала риси незрілості, «афективної логіки», лабільності, легкості фрустрації, зниження самооцінки, страху оцінки, егоцентризму, невпевненості, уникнення проблем. Особистісні риси у хворих на алкогольну залежність мали: «переддиспозиційну» основу без досягнення патологічного рівня, «перехідну» — із формуванням акцентуації та патології та «патологічну» із вираженими патологічними рисами особистості.

Отримані дані були враховані нами при побудові заходів інтегративної психотерапії в комплексному лікуванні даної категорії хворих.

Список літератури

1. AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test / [Th. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro] // WHO/MSD/MSB/01.6a Original: English Distribution: General. — 2001. — 28 p.
2. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. — Новосибирск: Наука, 1988. — 198 с.
3. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Уч. пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара: БАХРАХ-М, 2000. — 672 с.
4. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. Л. Мирошников, Р. В. Роженец. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.
5. Бажин Е. Ф. Метод исследования субъективного контроля / Е. Ф. Бажин, Е. А. Гольякина, А. М. Эткинд // Психологический журнал. — 1984. — Т. 5, № 3. — С. 152—162.

Надійшла до редакції 11.06.2010 p.

П. М. Слободянюк

Винницкий национальный медицинский университет
им. М. И. Пирогова

Патологическая взаимосвязь между психологическими составляющими и психопатологическими особенностями формирования алкогольной зависимости

На основании изучения индивидуально-психологических и клиничко-психопатологических особенностей 150 мужчин, больных алкогольной зависимостью, установлены взаимосвязи между данными показателями. Выделены варианты их взаимосвязи: вертикальная, когда психологические особенности и клиничко-психопатологические особенности алкогольной зависимости воздействуют друг на друга, что приводит к их росту или снижению; горизонтальная, когда психологические особенности и клиничко-психопатологические особенности алкогольной зависимости усиливают или ослабляют силу действия друг друга. Полученные данные положены в основу при разработке мероприятий интегративной психотерапии при лечении пациентов с алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: психологические особенности, клинические особенности, алкогольная зависимость.

P. M. Slobodyanyuk

Vinnitsa National Medical University named after M. I. Pirogov

Pathological relationship between psychological component and psychopathological features of formation of alcohol dependence

Based on the study of individual-psychological, clinical and psychopathological features of 150 men with alcohol dependence, established the relationship between these indicators. Allocated options for their relationship: the vertical, when the psychological characteristics and clinical-psychopathologic features of alcohol dependence affect each other, which leads to an increase or decrease; horizontal, when the psychological characteristics and clinical-psychopathologic features of alcohol dependence strengthens force of each other. These data form the basis for the development of activities of integrative psychotherapy in the treatment of patients with alcohol dependence.

Keywords: psychological features, clinical features, alcohol dependence.