

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА**

**Факультет психології  
Кафедра психодіагностики та клінічної психології**

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

**«БАЗОВІ ПЕРЕКОНАННЯ ЖІНОК, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ»**

на здобуття освітнього ступеню «Бакалавр»

з напрямку 053 «Психологія»

студентки 4 курсу, 1 групи  
спеціальності 053«Психологія»

**Поворозник Дар'ї Валентинівни**

Науковий керівник:

доктор психологічних наук,  
професор,

Крупельницька Людмила Францівна

Допустити до захисту в ЕК  
кафедри клінічної психології

Протокол №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_

Завідувач кафедри:

Доктор психологічних наук, професор

\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021\_\_р.

**Київ 2021**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
<b>РОЗДІЛ 1.</b>	
<b>ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ БАЗОВИХ ПЕРЕКОНАНЬ ЖІНОК, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Основні напрямки дослідження залежності від алкоголю у сучасній науці.....	7
1.2. Особистісна деформація жінок, залежних від алкоголю.....	15
1.3. Роль базових переконань у виборі особистістю аутодеструктивних стратегій життя.....	27
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	30
<b>РОЗДІЛ 2.</b>	
<b>ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ БАЗОВИХ ПЕРЕКОНАНЬ ЖІНОК, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ.....</b>	<b>32</b>
2.1. Організація дослідження базових переконань жінок, залежних від алкоголю.....	32
2.2. Опис дослідницької вибірки.....	35
2.3. Методи дослідження базових переконань жінок, залежних від алкоголю.....	37
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	41
<b>РОЗДІЛ 3.</b>	
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ БАЗОВИХ ПЕРЕКОНАНЬ ЖІНОК, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ .....</b>	<b>44</b>
3.1. Базові переконання жінок, залежних від алкоголю: їх функції, специфіка та роль в ставленні до життя.....	44
3.2. Взаємозв'язки базових переконань жінок, залежних від алкоголю, з динамічними компонентами смислоутворення.....	53
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	56
ВИСНОВКИ.....	59
Список літератури.....	62

## ВСТУП

**Актуальність.** Актуальність обраної нами теми зумовлена руйнівними наслідками алкоголізації не тільки для особистості та соціального життя жінок, залежних від алкоголю, але і для їх сімей, дітей і для суспільства загалом. Саме тому ця проблема потребує детального та глибокого вивчення не тільки крізь призму характерологічних рис жінки, що зловживає алкоголем, патології її емоційно-вольової сфери, акцентуацій характеру та психопатичних розладів (саме такий підхід домінує в науці, починаючи з 50-х років двадцятого сторіччя), а і крізь призму її смислових, світоглядних характеристик: відношення до світу, до людей, до самої себе, крізь призму її вміння долати життєві труднощі, витримувати напруження життя.

На жаль, вітчизняна наркологія майже не враховує цю важливу складову аутодеструктивної поведінки особистості, тому і зорієнтована переважно на біологічні методи лікування алкогольної залежності. Найчастіше допомога хворим на алкоголізм (як чоловікам, так і жінкам) обмежується проведенням детоксикації та звільненням їх від стану фізичної залежності. При такому підході поза увагою спеціалістів залишається той факт, що основні причини зловживання алкоголем мають більш глибокі – світоглядні, ціннісні витоки. На жаль, часто психологічна корекція і психотерапія, якщо і проводяться, то вважаються додатковими напрямками допомоги і не мають чітко визначеної мети, а методи, якими користуються спеціалісти, працюючи з залежними від алкоголю жінками, не враховують специфіку їх суб'єктивного світу, зокрема його ядра – базових переконань. Це призводить до неефективності психотерапевтичних та психокорекційних втручань, і людина знов через певний час повертається до звичного способу життя та відносин із світом – зловживання алкоголем.

Слід зауважити, що на сьогоднішній день у роботах, близьких за темою обраного нами дослідження, висвітлено цілу низку важливих для розуміння феномену залежності від алкоголю питань: ще у 60-ті роки М.Є. Бурно

висвітлив роль органічних психопатій и акцентуацій характеру в розвитку алкоголізму (М.Є. Бурно, 1969), а Ferenzi S. висвітлив зв'язок зловживання алкоголем з неврозами (Ferenzi S., 1964 ); трохи пізніше Ц.П. Короленко, В.М. Банщиков, В.Ю. Завьялов описали взаємодію соціальних та біологічних факторів у клініці алкоголізму (Ц.П. Короленко, 1982); Н.О. Єрчкова, Т.В.Малишко, С.О. Бурова удосконалили експрес-методику лікування алкоголізму (Н.О. Єрчкова, Т.В.Малишко, С.О. Бурова, 1993); В.М. Блейхер систематизував особистісні особливості залежних від алкоголізму та розробив їх типологію (В.М. Блейхер, 1995); Л.К. Шайдукова структурувала особливості формування і протікання алкогольної залежності у жінок, а сумісно з І.Г. Кузнецовим вони детально дослідили особистість залежних від алкоголю жінок на різних етапах захворювання (Л.К. Шайдукова, 1996); Н.С. Марковська здійснила структурний і динамічний аналіз афективних розладів при алкоголізмі (Н.С. Марковська, 1997); Pierani P. I Tiezzi S. на прикладі італійських даних проаналізували звичку до вживання вина, акцентувавши увагу на її руйнівному аспекті (Pierani P., Tiezzi S., 2007), Ю. Кирик акцентував увагу на шляхах подолання згубної звички (Ю. Кирик, 2008).

Однак практично не дослідженими у сучасній психології залишились базові переконання осіб, залежних від алкоголю, які складають ядро її суб'єктивного світу та забезпечують життєстійкість, здатність до оптимального контролю, здатність бути залученими до власного життя та приймати ситуації ризику та невизначеності. Не дослідженим залишається також зв'язок базових переконань із смисловими процесами. Це підкреслює як наукову, так і соціальну актуальність обраної нами теми.

**Мета роботи:** визначити та проаналізувати базові переконання жінок, залежних від алкоголю.

### **Завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз феномену алкогольної залежності; проаналізувати його специфіку у жінок; визначити роль базових переконань в процесі формування алкогольної залежності .
2. Емпірично дослідити базові переконання жінок, залежних від алкоголю, через призму їх здатності бути залученими до власного життя і приймати ситуації ризику та невизначеності.
3. Визначити психологічні кореляти базових переконань жінок, залежних від алкоголю.

**Об'єктом дослідження** є феноменологія жіночого алкоголізму.

**Предметом дослідження** є базові переконання жінок, залежних від алкоголю.

### **Наукова новизна роботи:**

Вперше:

- *Виявлено специфіку базових переконань жінок, залежних від алкоголю, яка проявляється у низькій довірі до світу та людей, переконанні у своїй малоцінності, відчутті несправедливості та його беззмістовності, що призводить до формування такої аутодеструктивної стратегії життя, як зловживання алкоголем;*

- *Встановлено взаємозв'язок базових переконань жінок, залежних від алкоголю, і смислотвірних процесів, які гальмують її особистісну активність та процеси самореалізації;*

- *Розширено уявлення про роль базових переконань у житті особистості та виборі нею певної стратегії життя (конструктивної або деструктивної), а саме: вони забезпечують її здатність бути залученою до власного життя, приймати ситуації ризику та невизначеності, брати на себе відповідальність за свої дії та вчинки, тобто її життєстійку позицію;*

**Практична значимість даної роботи** полягає в тому, що її результати та висновки можуть бути використані у психодіагностичній,

психотерапевтичній та психокорекційній роботі з жінками, залежними від алкоголю, на етапі їх реабілітації.

**Методики, що використовувалися у дослідженні:**

1. Методика «Шкала базових переконань» (автор Ронні Янофф-Бульман; переклад та адаптація О. Кравцової).
2. Методика життєстійкості С. Мадді (адаптація Д.О. Леонтєвим і О.І. Расказової опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді).
3. Методика граничних смислів (автор Д. О. Леонтєв).
4. Методика Е.Б. Фанталової «Цінність і її доступність» призначена для розпізнавання внутрішніх конфліктів, викликаних розбіжністю бажаного і доступного.
5. Проективна методика Карен Маховер «Намалюй людину».

**Робота містить 66 сторінок, 3 розділи, висновки до розділів, загальні висновки, 70 літературних джерел, 6 таблиць, 3 рисунка.**

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ БАЗОВИХ ПЕРЕКОНАНЬ ЖІНОК, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

#### 1.1. Основні напрямки дослідження залежності від алкоголю у сучасній науці

Активні дослідження алкоголізму почалися у 50-ті роки двадцятого сторіччя, що в значній мірі було зумовлено широким застосуванням психометричних методик. Цілком зрозуміло, що більшість досліджень була спрямована на встановлення характерологічних і патохарактерологічних рис особистості, що передують алкогольній залежності або стають її наслідком. Одним з перших висвітлив зв'язок зловживання алкоголем з неврозами Шарль Ференці у своїй роботі «Алкоголь і неврози» [66]. У фокусі уваги багатьох вчених були біологічні та соціальні аспекти розвитку залежності, емоційно-вольові особливості преалкогольної особистості, її адаптивні можливості тощо [6, 7, 8, 9, 10, 51]. Отже, вчені шукали відповідь на запитання, що змушує людину втрачати людську подобу і фактично добровільно відвертатися від власного життя?

Дуже цікаву і глибоку відповідь на це запитання дає Б.С. Братусь у роботі «Аномалії особистості» [8]. Він розглядає алкоголізм як одну з форм аномального розвитку особистості, дуже небезпечну за своїми соціальними наслідками. Дуже важливим, на думку вченого, при складанні психологічної характеристики алкоголізму є *акцентування уваги на зародженні в людині потреби в алкоголі*, адже це і є та точка відліку, з якої починається її складний шлях до особистісного розпаду і деградації. Якщо не концентруватися на ролі культури, як чинника, що полегшує проходження цим шляхом (а автор акцентує на цьому увагу), і на фізіологічній дії алкоголю, то надважливим, на думку науковця, слід вважати *мотиваційний чинник звернення до алкоголю*, за яким ховаються бажання і потреби людини, що не усвідомлюються нею, але вона, не усвідомлюючи цього, намагається

задовольнити їх за допомогою алкоголю: на певний час позбавитись від комплексів; хоча б тимчасово підвищити самооцінку; компенсувати образи, нанесені їй в процесі життя; реалізувати в спілкуванні з іншими особами, схильними до зловживання алкоголем, певні, заблоковані у тверезому стані, соціальні якості тощо. Саме це дозволило вченому розглядати алкоголь як чинник, що сприяє проєкції психологічного очікування реалізації актуальних потреб на фон алкогольного сп'яніння, а отже як стимулятор ілюзорно-компенсаторної діяльності. Це доводить, що потреба в алкоголі – це скоріше потреба в переживанні стану сп'яніння – складному переживанні, що має діяльнісно-опосередкований характер і потребує певної обстановки, певного антуражу, певного ритуалу вживання алкоголю (автор називає це «алкогольним театром»). Не складно помітити, що його точка зору дещо відрізняється від загально прийнятої, де акцент найчастіше робиться на умовно-рефлекторному зв'язку між подією (вживанням спиртного) і позитивним підкріпленням (ейфорією) [8].

Слід зазначити, що найдетальніше в науковій літературі відображений вплив певних особливостей емоційно-вольової сфери на виникнення і динаміку алкоголізму, особливо його тяжких форм. Так, Ц. Короленко, В. Банщиков, В. Зав'ялов [22, 23] вважають, що до залежності від алкоголю приходять особи неврівноважені, які спрямовані на пошук емоційних подразників в оточуючому середовищі. К. Мілютіна акцентує увагу на специфіці емоційно-вольової регуляції осіб з нарко- та алкогольною залежністю і розглядає її як умову подолання ними внутрішнього конфлікту [38, 39].

Деякі автори бачать преалкогольну особистість як "депресивну", апатичну, песимістичну. Так, Н. Марковська підкреслює наявність емоційної патології у клініці алкоголізму та зазначає, що особи, схильні до зловживання алкоголем, є емоційно незрілими і психологічно вразливими, вони легко впадають в стани тривоги та емоційного напруження і схильні до депресивних розладів [32, 33].

Розлади особистості сприяють більш ранній втраті контролю та зниженню толерантності до алкоголю, антисоціальним проявам, амнезії періодів сп'яніння та важчому перебігу абстинентного синдрому. А такі негативні риси, як високе емоційне напруження та тривожність, сприяють збільшенню частоти алкогольних ексцесів.

І. Ураков, В. Куликов, Л. Шайдукова, І. Кузнецов вважають, що їм притаманні пасивно-залежні риси характеру: невпевненість в собі, відчуття неповноцінності, часто – полорольова незрілість, порушення статевої ідентифікації, імпульсивність, конформність, невротичний суперконтроль над емоціями та поведінкою, порушення відчуття майбутнього, низька самооцінка, нездатність брати на себе відповідальність за власне життя та налагоджувати емоційні зв'язки з оточуючими [55, 59].

На думку О. Соколової, особи, у яких розвивається залежність від алкоголю, мають дефіцит адаптивних можливостей, як психологічних, так і фізіологічних, що заважає їм долати стресові, психотравматичні ситуації та інтегрувати отриманий складний досвід у систему життєвого досвіду [51].

Такий погляд на преалкогольну особистість підтверджується Ц. Короленко зі співавторами [23]. Дослідивши велику групу осіб, у яких було діагностовано початкові стадії алкоголізму, вони дійшли висновку, що прояви особистості, які можна віднести до преалкогольних, групуються навколо 4 параметрів: а) нездатність до тривалого напруження, занадто суб'єктивна оцінка виникаючих проблем і труднощів та бажання сховатися від реальності; б) комплекс неповноцінності, який часто маскується бравадою і поспішною рішучістю; в) незрілість особистості (егоцентризм, інфантилізм, потреба в підтримці, емоційна незрілість та неврівноваженість); г) порушення критичності мислення (особливо в області самокритики).

Велике значення мають в формуванні залежності від алкоголю має соціальний фактор, зокрема мікросоціальні умови. Ретроспективні дослідження свідчать, що певна частина майбутніх алкоголіків має психологічні проблеми з раннього дитинства, а певна виховується в

конфліктних сім'ях або сім'ях, де превалюють такі стилі, як опіка або надмірний контроль над дитиною. У дорослому житті такі люди часто безініціативні та не відчувають особистої відповідальності за своє життя.

У контексті розгляду соціальної складової алкоголізму цікавим є погляд на цей феномен американського психотерапевта психоаналітичного напрямку Е. Берна [7]. Він розглядає його через поняття гри та соціальних трансакцій, які стають наслідком зловживання алкоголем. В цій грі є Ведучий (це сам алкоголік), Переслідувач (це, як правило, жінка алкоголіка або хто-небудь з членів його сім'ї), Рятівник (це може бути навіть психотерапевт людини, що зловживає спиртним), Простак (це може бути, наприклад, друг алкоголіка, який завжди дасть йому грошей на випивку, або хтось з членів його родини (навіть його мати), хто також готовий «врятувати» його від важкого похмілля або від депресії). Причому, ролі Переслідувача, Рятівника і Простака є дуже гнучкими, і їх може грати поперемінно навіть одна і та сама особа (наприклад, жінка алкоголіка). На думку Е. Берна, ця гра дуже потрібна і алкоголіку, і всім її учасникам, адже кожен реалізує в ній свої – як правило, неусвідомлювані – потреби. Головна ж трансакційна мета для «виконавця головної ролі» в цій грі – алкозалежної людини – створити таку ситуацію, коли його власна внутрішня дитина отримує покарання, причому, не тільки від внутрішньої батьківської фігури, але й від будь-якої реальної батьківської фігури з його оточення, яка підіграє йому в цій «грі» і систематично приймає в ній участь. Саме тому кульмінаційний момент цієї гри, на думку Берна, завжди відбувається «наступним ранком», коли алкоголік на певний час протверезів і знає, що саме зараз настає час для інших учасників цієї гри «виходити на сцену». БERN був певен, що позбавитися залежності така людина зможе лише тоді, коли всі її учасники вийдуть з гри (але зауважував, що це не стосується «запойних» алкоголіків, адже їх особистість настільки деформована, що докори совісті та самобічвання вже не відіграють в їх житті ніякої ролі [7]).

Розглянемо важливий аспект досліджуваної нами проблеми – *порушення різних підструктур особистості, що виникають внаслідок зловживання алкоголем.*

Слід зазначити, що спектр порушень, на дослідженні яких зосереджені науковці, є надзвичайно широким. Так, Б. Братусь акцентує увагу на негативних змінах мотиваційної, ціннісної і смислової сфер «алкогольної особистості». Він зауважує, що у процесі зловживання відбувається деструктивне переформатування всіх цих систем: мотив вживання алкоголю підпорядковує собі всі інші мотиви, ієрархія цінностей кардинально змінюється, смисли, що раніше «тримали» особистість, втрачаються, особистість опиняється у смисловій порожнечі [8].

Важливими для розуміння дії алкоголю на особистість є дані Едвардса, який довів, що у кожного залежного від алкоголю існують конфлікти на інтра-особистісному рівні: порушення самооцінки, самоідентифікації, самоактуалізації, а нормальні бажання до самоствердження, престижу стають зі збільшенням досвіду зловживання менш вираженими і поступово змінюються системою "алкогольних алібі". Для них характерні такі риси особистості та психологічні стани: нездатність витримувати фрустрацію, депресія, відчуття ізольованості, імпульсивність реакцій на конкретні ситуації, ворожість до вимог оточуючих.

О. Портнов і І. Пятницька акцентують увагу на клінічних типах психопатоподібної поведінки, яка оформлюється в процесі зловживання алкоголем. Це астеничний, істеричний, експлозивний і апатичний типи, причому, апатичний тип свідчить, на думку вчених, про найбільш глибоку деформацію особистості. Взагалі ж, щодо типології, ці науковці підкреслюють, що характерологічні зміни особистості в процесі її алкоголізації відбуваються зазвичай у трьох напрямках: розвиток неврозів, формування патохарактерологічних змін особистості, поява алкогольної деградації [43]. Все ж розглянемо ще один приклад типологізації характерологічних рис особистості, яка вже дійшла до 2 стадії алкоголізму.

І. Ураков і В. Куліков довели, що на 2 стадії алкоголізму відбувається *загострення патохарактерологічних рис особистості* [55]. Найчастіше зустрічаються астенічний, сінтонний, експлозивний та нестійкий типи загострення. *Астенічний тип загострення* діагностують при наявності дратівливості у поєднанні з астенічними проявами, невпевненістю, лабільністю настрою, відсутністю ініціативи. *Сінтонний тип* характеризується вдоволеністю собою, життєрадісністю, нерозбірливістю у знайомствах, порушенням дистанції при спілкуванні, легковажністю, відсутністю особистісної позиції. *Експлозивний тип* характеризується афектами неприязні, невдоволеності, які, в подальшому, змінюються афектами злості, гніву, агресії. *Основними якостями нестійкого типу* є залежність від оточуючих впливів, бажання уникати труднощів, нездатність до систематичного прояву зусиль. В окремих випадках патологічні загострення характеру можна кваліфікувати як "дистимічні", "істероїдні", "шизоїдні" та інші.

У деяких дослідженнях зроблено спробу покласти в основу типології декілька чинників: тип характерологічних порушень, ставлення до хвороби, готовність до змін [55]. Виділяють 5 типів хворих на алкоголізм.

*Хворі 1 типу* мають стійку антисоціальну спрямованість. В пізнавальній діяльності вони дезорганізовані, емоційно неврівноважені, часто агресивні, практично не зацікавлені в своєму лікуванні. *Особи, що належать до 2 типу*, більш дисципліновані, але мають тенденцію до втрати емоційного і пізнавального контролю. Хворі цього типу більше спрямовані на утримання від алкоголю, бо розуміють свої проблеми і мають бажання щось робити з ними. *Хворі 3 типу* піклуються про своє здоров'я, але не розуміють зв'язку його розладів із зловживанням, тому не дуже спрямовані на утримання від алкоголю. *Хворим 4 типу* притаманна певна критичність до зловживання, але водночас вони заперечують свою залежність від алкоголю, аби краще виглядати в очах співрозмовників. *Хворі 5 типу* характеризується

надмірними емоційними реакціями, проявами антисоціальності і невротичними розладами.

Л. Шайдукова і І. Кузнецов [59] вивчали характерологічні особливості хворих на алкоголізм на різних етапах захворювання за допомогою класичного варіанту ММРІ і виявили особистісні відхилення, що призводять до дезадаптації. Пацієнти, згідно з динамікою захворювання були розподілені на 3 групи: 1) особи, що звернулися по допомогу вперше; 2) хворі, котрі вже неодноразово проходили курс лікування; 3) хворі у стійкій ремісії.

Аналіз профілей особистості дозволив науковцям виявити різницю в кількісних та якісних показниках характерологічних ознак. За кількісними показниками найбільшу вираженість психологічних порушень відзначали у осіб 1 групи. На думку авторів, це є показником внутрішньо-особистісного конфлікту і свідчить про збереженість здорових, неалкогольних компонентів психіки, здатність адекватно оцінювати своє становище, що пов'язане зі зловживанням. Серед осіб, які належали до 2 групи, піки профілей особистості були виявлені у 61,4 % хворих, а в 3 групі - у 27,1 % хворих. За якісними показниками дослідники виявили неоднорідність ознак. У 1 групі піки профілей були поєднаними, розподілилися за шкалами наступним чином: "тривога" (58,1 %), "психопатія" (54,8 %), "психастенія" (51,6 %), "аутизм" (41,9 %). Поєднання високих показників за шкалами "психопатія" та "тривога", на думку авторів, є більш сприятливим, ніж високі показники тільки за однією шкалою "психопатія". На думку авторів, ситуаційно виникаючі реакції самозвинувачування повертають хворих до тверезих установок, перешкоджають розвитку анозогнії. У 2 групі піки профілей особистості мали такий розподіл - "психопатія" (54,3 %), "психастенія" (48,6 %), "аутизм" (34,3 %), "тривога" (22,9 %). В 3 групі піки розподілялися за шкалами наступним чином: "іпохондрія" (27,1 %) та "психастенія" (24,3 %), а переважна більшість профілей розташовувалась у межах 61-70 Т. На думку авторів, невисокі показники у хворих цієї групи свідчать про певну рівновагу в рамках системи психічної адаптації в стадії ремісії.

У працях Н. Марковської [32, 33] відзначається, що емоційні порушення проходять через усі стадії хвороби, набуваючи певної специфіки. Автор обстежила 850 хворих. Їх емоційний стан вивчали в період абстинентного синдрому, потім - у період нестійкої рівноваги. Для дослідження емоційної сфери використовували тест ММРІ та спеціально розроблену карту самооцінки хворого. В результаті Н.С. Марковська виявила несхожість емоційних розладів на різних етапах захворювання. Так, на його початку авторка констатує у хворих наявність станів емоційного піднесення, що змінюються падінням настрою. Психічна активність залишається без змін. З часом астеничні та депресивні прояви посилюються. У II стадії алкоголізму виділяють різні варіанти депресивних станів з елементами тривоги. Наприкінці II і на початку III стадії виникають дисфорії. У період ремісії на перший план виходить занижений фон настрою з песимістичною оцінкою минулого, теперішнього і майбутнього. На III стадії найтиповішими є апатія, безініціативність, спустошеність.

Динаміку емоційних реакцій при алкогольних інтоксикаціях і в постінтоксикаційних станах з позиції міжпівкульових відносин проаналізував О. Віленський. Він довів, що вибірковий вплив алкоголю на праву півкулю призводить до пригнічення її функції. Це супроводжується зниженням критичності, підконтрольності поведінки, розвитком стану розгальмованості, емоційним збудженням, ейфорією, надмірною мовною активністю, яка може переходити в брутальність та вербальну агресію. Абстиненція ж за механізмом "маятника" характеризується зворотнім пригніченням функцій лівої та підвищенням активності правої півкулі і призводить до зниження загальної активності і негативного емоційного фону [15].

Узагальнюючи велику кількість конкретних досліджень особистості "клінічного алкоголіка", О. Портнов і І. П'ятницька виділили їх ключові риси: *слабкість "Я", підвищення інтенсивності стимуляції, поле-залежність і нейротизм*. Перший параметр відображує такі риси особистості хворих на алкоголізм, як низький рівень розвитку самоконтролю, самодисципліни,

самоорганізації, самоповаги; другий підвищену чутливість до будь-якої стимуляції, сензитивність до негативних емоційних подразників; третій - залежність особи від оточуючого середовища; четвертий - схильність відповідати на життєві труднощі невротичними симптомами чи певною формою психологічного захисту [43]. У запропонованій моделі основною рисою, на думку авторів, є нездатність розпізнавати зовнішні та внутрішні стимули, що призводить до генералізації стимулу. Це, в свою чергу, підвищує рівень тривоги і знімається подальшим вживанням алкоголю.

Отже, ми розглянули основні підходи до вивчення феномену алкоголізму у сучасній науці, у наступному параграфі зосередимо увагу на особистісних змінах жінок, що зловживають алкоголем.

## **1.2. Особистісна деформація жінок, залежних від алкоголю**

Виникнення залежності від алкоголю у жінок нерідко розвивається після важкої психічної травми (розлучення, смерть близьких) або тривалої психічної травматизації, що супроводжувалась емоційним стресом. Сприяють її розвитку і патологічні зміни особистості, і інволюційні вегетативні дисфункції, і порушення психіки. Декілька рідше у молодих жінок залежність розвивається з побутового алкоголізму. Інколи вона розвивається у жінок, які беруть участь у виробництві або продажі спиртних напоїв (офіціантки кафе, продавщиці винних напоїв, робітниці наметів, винних заводів, баз та ін.).

Але, яка б не була причина, залежність від алкоголю у жінок розвивається швидко, а психопатологічна симптоматика виникає в коротші терміни, ніж у чоловіків. Нерідко у жінок вже на початкових стадіях залежності від алкоголю відмічаються зміни особистості, які проявляються в неврозоподібних станах або істеричних реакціях. Більшість жінок, залежних від алкоголю, достатньо довго зберігають сором'язливість, намагаються приховати свій потяг до алкоголю, п'ють наодинці, закриваються у себе в кімнаті, прагнучи нікому не показуватися на очі у п'яному стані. Існують

молоді жінки-алкоголіки, які за ніч випивають 0,75 л коньяку і 1 пляшку вина, підбадьорюючи себе лише чашками міцної кави. Багато хто з них пропиває свої речі, гроші. Інші ведуть легковажний спосіб життя, потребуючи частих змін вражень, ходять по кафе, ресторанах, знайомляться з чоловіками, приводять їх до себе додому або проводять з ними час в номерах готелів. Відбувається соціально-психологічна зміна особистості: зникає почуття обов'язку перед сім'єю, колективом, роботою. Такі жінки не думають про майбутнє, безтурботні. Їх не чіпають сльози і переживання їх батьків, дітей. Брехливість і фантазування у жінок, хворих на хронічний алкоголізм, виражені більше в порівнянні з чоловіками, страждаючими тим же захворюванням. При збиранні анамнезу вони нерідко приховують дійсне положення справи, заявляючи, що «п'ють лише зрідка від нудьги, помалу і не розуміють, як потрапили в лікарню», часто заперечують тягу до алкоголю, абстинентні явища [15].

Залежність від алкоголю призводить до раннього старіння. У жінок це виявляється в старінні шкіри, одутлості обличчя, в'ялості молочних залоз. У таких жінок нерідко раніше, ніж в непитущих, припиняються менструації: зазвичай до 30—35 років порушується менструальний цикл, а до 36—40 років вони поступово припиняються. У статевих залозах розвивається жирове переродження, запусніння тканини в яєчниках. Інколи спостерігається порушення функції щитовидної залози. Здібність до дітородіння у алкозалежних жінок знижується; у них частіше спостерігається токсикоз вагітних, досить часто вони народжують недоношених дітей, таких, що народилися з паралічами або мертвонароджених.

У жінок, залежних від алкоголю, відмічається порушення сексуального потягу. Дуже часто залежність від алкоголю у жінок поєднується з гіперсексуальністю, статевою розбещеністю. Вони плоско жартують, говорять пошлості. Круг інтересів у них різко звужений. Вони нічим не цікавляться, не будують жодних життєвих планів. Легко дають обіцянку

не пити, але через хвилину її забувають. З оточуючими нерідко поводяться розбещено, у своєму пияцтві звинувачують оточуючих.

Характерно, що такий могутній потяг, як інстинкт материнства, з досвідом пияцтва у них слабшає або повністю згасає. Вони перестають піклуватися про своїх дітей. Нерідко жінок, залежних від алкоголю, позбавляють за судом материнських прав, а їх дітей віддають на виховання до шкіл-інтернатів. Пам'ять у жінок, хворих на алкоголізм, знижена. Вони недбало одягнені, нерідко рваний одяг, погано або зовсім не зачесані, але не забувають фарбувати помадою губи. У присутності чоловіків заграють. Проте, є жінки, які продовжують працювати і піклуватися про свою сім'ю, вони п'ють вино крадькома, жорстоко страждаючи від своєї залежності [15].

У жінок, залежних від алкоголю, значно швидше, ніж у чоловіків, з'являються перші ознаки хронічного алкоголізму. Вже через один-два роки систематичного вживання алкоголю у жінок виникає хворобливий потяг до нього; яскраво виражений синдром похмілля. Якщо чоловіки-алкоголіки, як правило, вважають за краще випивати в компанії, хоч би і малознайомих людей, то жінки-алкоголіки зазвичай п'ють наодинці. І до тих пір, поки не опустяться на останній рівень алкоголізму, всіляко прагнуть приховати від оточуючих зловживання спиртним, наполегливо заперечують пияцтво, відмовляються від лікування і дуже рідко звертаються за допомогою до медичних установ. При цьому вони стають дратівливими, брехливими, цинічними, безтурботними, втрачають критичне відношення до свого стану, почуття обов'язку перед близькими. Їх не чіпають сльози батьків, власних дітей, коло інтересів різко звужується: всі прагнення, бажання направлені на пошук спиртного. Про дітей вона не піклується, не виявляє жодної цікавості до їх життя, стає агресивною; б'є їх. Залежні від алкоголю жінки в два рази частіше, ніж чоловіки-алкоголіки, втрачають сім'ю. Причому якщо вони знов виходять заміж, то в більшості випадків за собі подібних чоловіків [60].

Слід зауважити, що на початкових і, як правило, ще на середніх етапах алкоголізму зміни особистості жінки зазвичай обмежуються *загостренням її*

*особистісних якостей і характерологічних (патохарактерологічних) рис, проте на віддалених стадіях пияцтва розгортаються невідворотні процеси алкогольної деградації жінки (психічної, фізичної, соціальної).*

Нижче наведені найбільш поширені типи *загострення особистості*.

- *Синтонний тип*. Переважає декілька підвищених настроїв з оптимізмом, життєрадісністю, достатком що оточують і самим собою. Хворі жінки товариські, в стосунках з оточуючими грубуваті, в знайомствах нерозбірливі. Легко говорять про себе, надмірно відверті після короткого спілкування.

- *Нестійкий тип*. Головною особливістю є схильність таких жінок до зовнішніх впливів, залежність від оточуючих. Характерні нестійкість інтересів і цілей, прагнення відхилитися від будь-яких труднощів, нездатність до активної систематичної праці, жадання розваг і через це прагнення до асоціальних груп.

- *Астенічний тип*. Дратівлива слабкість, типова для астенії взагалі, виявляється переважанням збудливості над виснажливостію. Після спалахів роздратування швидко настає заспокоєння, часто з відчуттям жалю про те, що сталося.

- *Експлозивний тип*. Найчастіше виникають афекти неприязні, чіпляння, невдоволення, образи, роздратування, що змінюються при подальшому посиленні афектами злості, гніву, а у ряді випадків і агресивними вчинками. При в'язкості афекту хворі жінки нагадують епілептоїдних психопатичних осіб.

- *Інші типи*. В окремих випадках загострення особистості можна кваліфікувати як дистимічне, істеричне, шизоїдне і ін. Вони зустрічаються рідше, ніж згадані вище [15, 60].

Необхідно зазначити, що загострення особистості і, відповідно, алкогольна деградація *залежать від стадії алкогольної залежності*. Розглянемо їх детальніше.

**Перша стадія** (тривалість від 1 року до 4–5 років). Синдром зміненої реактивності: зростання в 4–5 разів толерантності до спиртного, здатність щоденного прийому високих доз, зникнення блювання при передозуванні, виражений активуючий ефект спиртного при збереженому седативному, забуває окремі епізоди періоду сп'яніння (палімпсести).

Синдром фізичної залежності відсутній, проте має місце синдром психічної залежності: постійні думки про спиртне, підйом настрою в передчутті випивки, відчуття незадоволеності в тверезому стані. Потяг ще піддається контролю. У помірній мірі сп'яніння психічні функції прискорюються, але деякі з них – із втратою якості (наприклад, має місце поверхневність мислення, відволікання при розширеному об'ємі уваги).

**Друга стадія** (тривалість 5–7–10 років). Має місце синдром зміненої реактивності (максимальна переносимість спиртного; пияцтво майже щоденне, перерви пояснюються зовнішніми обставинами (відсутність грошей, конфлікт) і створюють враження періодичності — так звані псевдозапои. Седативний ефект алкоголю зникає, активаційний ефект. Палімпсести змінюються повною амнезією кінця сп'яніння при зовнішній упорядкованості поведінки. Різкий обрив пияцтва викликає синдром абстинента у формі симпатико-тонічного перезбудження в психічній і сомато-неврологічній сферах: екзофтальм, мідріаз, гіперемія верхньої частини тулуба, пастозність, крупний гарячий піт, тремор пальців, мови, вік, сіро-коричневий, густий наліт на язика, нудота, блювота, послаблення кишечника, затримка сечі, відсутність апетиту, безсоння, запаморочення і головний біль, біль в області серця, печінки. Наростання тривоги, нічне занепокоєння, судорожний напад можуть бути передвісниками гострого психозу. Синдром наслідків інтоксикації в психічній сфері представлений зниженням рівня особистості, втратою творчих можливостей, ослабленням інтелекту, афективними розладами. Маревні ідеї, що висловлюються спочатку тільки в стані сп'яніння, надалі можуть перейти в стійке марення, украй небезпечне для хворого і його близьких. При неврологічному

дослідженні наголошуються неврити, скотоми, пустий погляд, зниження слуху на певній частоті, ністагм, порушення точності і координації рухів, можливі мозкові гострі синдроми. При соматичному дослідженні — ураження серцево-судинної системи, печінки тощо. Будь-яке захворювання, травма, оперативні втручання можуть ускладнитися гострим алкогольним психозом (деліриозний синдром). Висока переносимість алкоголя створює перехресну толерантність до деяких засобів наркозу.

**Третя стадія** (тривалість 5–10–15 років). Синдром зміненої реактивності: зниження толерантності до спиртного. Багатоденне пияцтво закінчується психофізичним виснаженням (дійсні запої) з тим, що у подальшому жінка утримується від алкоголю від декількох днів до декількох місяців, хоча можливе і збереження систематичного (щоденного) пияцтва, причому, глибоке сп'яніння досягається вже малими дозами. Активуюча дія алкоголю знижується, він лише помірно вирівнює тонус, практично кожне сп'яніння закінчується амнезією. Синдром психічної залежності: вираження симптоматики незначне, зважаючи на грубі психічні зміни, що настали до цього часу. Синдром фізичної залежності: невпинний потяг визначає життя хворого; відсутність кількісного контролю в поєднанні з толерантністю, що впала, нерідко призводить до смертельних передозувань. Інтенсивний потяг виявляється і втратою ситуаційного контролю (немає критики по відношенню до місця, обставин, компанії товаришів по чарці), чому сприяє втрата інтелектуальних можливостей. Синдром абстинента представлений в основному вегетативними розладами: млявість, знерухомлення, падіння серцево-судинного тону, блідість, ціаноз, холодний піт, запалі очі, риси обличчя, що загострилися, м'язова гіпотонія, атактичні порушення (аж до неможливості самостійно пересуватися). Синдром наслідків інтоксикації: не лише функціональні, але і органічні ураження життєво важливих систем, в генезі яких, окрім власне токсичної дії, грають роль обмінно-трофічні розлади. Спостерігаються спустошення психіки, вольова дефіцитарність, втрата емоційної гамми, примітивні афекти (жорстокість, злість), прояв яких

лагідніє лише з падінням збудливості. Коливання емоційного фону частіше виглядають як дисфорії, а не як депресії. Деменція нерідко представлена псевдо-паралітичними проявами. Можливі хронічні галюцинози, алкогольна парафренія і марення ревнощів. Алкозалежні вже не здатні до організованої продуктивної діяльності, потребують примусу і контролю.

*Одним із наслідків тривалого зловживання алкоголем є розвиток алкогольної деградації* (соціальної, психічної та фізичної). Це найбільш важка форма зміни особистості, й тому *алкогольна деградація* служить безперечною ознакою переходу захворювання в III стадію. Важливою ознакою психічної алкогольної деградації є зміна моральних уявлень та інтересів особистості, своєрідність афективної сфери, зниження критичних здібностей. Деякі дослідники вважають, що ознаки алкогольної деградації є відображенням розвитку алкогольної енцефалопатії. Однак інші автори застерігають, що не слід спрощувати зміст поняття алкогольної деградації, практично ототожнюючи його з інтелектуально-мнестичними порушеннями, оскільки алкогольна деградація включає в себе також афективні розлади, психопатоподібні симптоми, морально-етичні зміни, втрату критичного ставлення як до зловживання, так і до своєї особистості. Крім того, підкреслюється, що кожен з компонентів цієї структури має свою динаміку. І.Г.Ураков і В.В. Куліков, дослідивши велику групу залежних від алкоголю, дійшли висновку, що прогностичними чинниками розвитку алкогольної деградації можуть бути певні особистісні риси і темп розгортання декомпенсованої та субкомпенсованої стадії алкоголізму. Прогнозуючи можливості розвитку алкогольної деградації, автори вважають, що слід враховувати вираженість преморбідних рис алкозалежної жінки, а також темп розвитку в неї психопатологічних синдромів алкоголізму [55, 60].

*Алкогольная деградація найбільш виразна на віддалених етапах алкоголізму.* Визначається вона емоційним огрубінням, психопатоподібними симптомами, етичним зниженням, втратою критики, погіршенням пам'яті і

інтелекту. Симптоми деградації можуть значимо відрізнятися, що дозволяє виділити декілька її типів.

*Алкогольна деградація з психопатоподібними симптомами.*

Психопатоподібні розлади не вдається співвіднести з конкретним типом психопатії, що дозволяє говорити про їх мозаїчність. З психопатоподібних порушень найчастіше спостерігаються збудливість, істеричні реакції, депресивні епізоди.

*Алкогольна деградація з хронічною ейфорією.* Переважає безтурботний, благодушний настрій з різким зниженням критики до власного положення і що оточує. Характерні надмірна відвертість в спілкуванні з оточуючими, жартівливий тон, шаблонне мовлення.

*Алкогольна деградація з аспонтанністю.* Характерна млявість, пасивність, втрата інтересів і ініціативи. Хворі жінки стають активними лише тоді, коли йдеться про покупку спиртного [24, 60].

Але, незалежно від типу, невід'ємною властивістю особистості жінок, залежних від алкоголю, при розвитку алкогольної деградації стають *афективні розлади*. Вони відрізняються надзвичайною стійкістю, і виявляються не лише у зв'язку з алкогольними ексцесами, але і при тривалому утриманні від алкоголю. Афективні порушення виявляються особливою емоційною лабільністю, нестійкістю настрою, схильністю до ситуаційних впливів, образливістю, песимізмом з експресивним вираженням своїх відчуттів. Емоційна нестійкість в них завжди поєднується зі збудливістю, тому афективні спалахи супроводжуються бурхливими проявами роздратування і гніву. В більшості випадків афективні коливання поверхневі.

У невеликої частини жінок, залежних від алкоголю, афективні порушення виражені виразніше. На віддалених етапах алкоголізму розвиваються клінічно окреслені розлади, що виходять за рамки абстинентних станів, які можна кваліфікувати як алкогольна слабодухість, алкогольні дисфорії або навіть короточасні депресії з ендогенними

компонентами. Через емоційне огрубіння і зниження критики у жінки, залежної від алкоголю, немає глибокого переживання неприємних подій і власної – часто не гідної – поведінки; в неї не з'являється дійсного відчуття провини, розуміння своїх вчинків. Натомість в неї розвивається і стабілізується (не дивлячись на зміни настрою) ейфорична установка — схильність до ейфорії, безпечності, недооцінки життєвих труднощів і ступеню власної трансформації. Ці особливості настільки властиві багатьом алкозалежним жінкам на віддалених етапах, що серед типів алкогольної деградації виділяють *тип з ейфоричною установкою*.

Психопатоподібні симптоми в структурі алкогольної деградації жінки на даному етапі вже не укладаються в якій-небудь з варіантів, тому часто виділяють *недиференційований психопатоподібний варіант алкогольної деградації*. Для цього варіанту характерні мозаїчність, поліморфізм проявів. Поведінково це виражається в неадекватності, непередбачуваності її вчинків. Одна і та ж ситуація може то викликати бурхливу реакцію, то залишати жінку абсолютно спокійною. Не дивлячись на поліморфність картини, найчастіше мають місце експлозивні, епілептоїдні, істеричні психопатоподібні прояви. У найбільш грубій формі, з бурхливими афективними і руховими розрядами, ці розлади найчастіше виникають в стані сп'яніння, але можуть виникати і в звичайному, тверезому стані у відповідь на незначний зовнішній подразник, емоцію або внутрішній стан. Після великих періодів тверезості (наприклад, в ремісії) психопатоподібні симптоми лагідніють, але не зникають зовсім і знов в повній мірі проявляються під час чергового зриву [10].

*Етичне зниження жінок*, залежних від алкоголю, тісно пов'язане з вказаними вище афективними і психопатоподібними симптомами, тому деякі сторони їх поведінки намагаються пояснити не моральними вадами, а емоційними змінами. Зокрема, швидкі переходи хворих жінок від запобігливого, приємного до грубого тону і проявів агресії пов'язують не зі зникненням моральних принципів, а з огрубінням, сплачуванням і

лабільністю емоцій. Готовність до брехні або свідомо нездійснених обіцянок пояснюють ейфоричною установкою. Проте, при описі алкогольної деградації використовують моральні категорії. Етичне зниження по-різному виявляється в поведінці хворих алкоголізмом в колі родичів, партнерів по випивках, серед товаришів по роботі, медичних працівників і просто нейтральних осіб. Звертають на себе увагу особлива грубість, нездатність стримувати емоції в домашній обстановці, прагнення принизити і як можна болісніше та брутальніше образити близьких, аж до прямої агресії або витончених образ. Проте такі жінки можуть швидко «перебудовуватися» та мімікрувати (особливо при необхідності щось отримати від близьких) і будь-якими шляхами добиватися бажаного, навіть якщо їм доводиться принижуватися, брехати, демонструвати крайнє розкаяння. В кругу партнерів по випивках або у спілкуванні із знайомими в стані алкогольного сп'яніння такі жінки безтурботні, розкряпані, вихваляються минулими або неіснуючими досягненнями, незвичайним яскравим життям, сексуальними зв'язками тощо. Отже, типовим для них стає прагнення прикрасити стан речей, брехливість. Часто спостерігаються цинізм та алкогольний гумор: плоскі одноманітні жарти на серйозні теми. У інший час хворі можуть докучати оточуючим сентиментальними виявленнями і настирливою відвертістю. У колі партнерів по випивці вони схильні до взаємного вихваляння, підкреслення безкорисливості, відданості один одному; в той же час в тоні неприязні обговорюються спільні знайомі або родичі. На роботі алкозалежна жінка відрізняється зниженим почуттям обов'язку, поверхневистю, прагненням при нагоді ухилятися від обов'язків, в неї переважає формальне відношення до справи, інколи — спроби замаскувати свою бездіяльність та залежність від алкголю демагогією, надмірно впевненою поведінкою, вихвалянням своєю професійністю.

Підкреслюючи вузько корисливі інтереси таких осіб, В. Блейхер відзначав, що серед хворих на алкоголізм дуже багато типових філістерів, соціально індіферентних типів, в яких не можна збудити ані гордість, ані

самолюбство, ані відчуття гідності [11]. *Отже, соціальне зниження жінок, залежних від алкоголю, дуже тісно пов'язане з алкогольною деградацією і розглядається як її складовий елемент.*

Утрата критичного відношення до зловживання алкоголем і свого стану в цілому служить дуже важливим феноменом для розробки методів лікування жінок, залежних від алкоголю, в першу чергу, психотерапевтичних [4, 17]. Ці порушення виділяються при описі динаміки психічного стану алкозалежної жінки в процесі психотерапії. Ряд авторів намагається пояснити її некритичність до руйнуючій її життя проблеми залежності від алкоголю психологічним захистом. І дійсно, вона мимоволі зменшує значення цього факту і створює цілу систему алкогольних «алібі». Концепція психологічного захисту дозволяє пояснити зниження критичності мислення та небажання усвідомити свою проблему не тільки її етичним сплюсненням, а й дією проміжних функціональних механізмів.

Головним елементом втрати критичності мислення і самокритичності жінок, залежних від алкоголю, є їх нездатність оцінити тягар власного пияцтва. Саме тому лікування жінок, залежних від алкоголю, є більш важким завданням, ніж терапія хронічного алкоголізму чоловіків. Фахівці давно вже звернули увагу на те, що пристрасть до спиртного частіше формується у жінок особливого складу характеру, що відрізняються емоційною нестійкістю, прагненням виділитися серед оточуючих, «справити враження». Проте при підвищеній оцінці власної особистості у них відсутнє критичне відношення до своїх вчинків, висловів [15]. Причому, у бесіді з лікарем відсутність критики не обов'язково має вигляд активної незгоди. Інколи такі жінки нібито охоче визнають своє пияцтво, але в душі залишаються при своїй думці. Заперечуючи у себе алкоголізм, такі жінки вдаються до певної шаблонної аргументації. Як підкреслив В. Блейхер, вона використовується всіма хворими однаково, незалежно від їх освіти і культури [11]. Порівнюючи свій стан зі станом інших жінок, залежних від алкоголю, вони не знаходять у себе тих важких проявів алкоголізму, які є в інших, або пояснюють свою

залежність особливими обставинами: «не можна було не випити», «мене довели», «потрапили б у мої обставини, я б на вас подивилася» і тому подібні. Все ж такі слід зауважити, що такі жінки досить добре усвідомлюють збиток, що наноситься алкоголем їх фізичному і психічному здоров'ю або матеріальному добробуту. Проте вони набагато гірше розуміють негативні наслідки своєї залежності для сім'ї. Відповідальність за проблеми в родині (а також на роботі, якщо жінка ще працює) вони перекладають з себе на оточуючих (найчастіше – це члени родини або колеги) або пояснюють їх випадковими обставинами. Б.С. Братусь відзначав, що «алкоголік звинувачує всіх: батьків, чоловіка, дітей, роботу, але лише не самого себе». Зниження критичності мислення та самокритичності тісно пов'язане з інтелектуально-мнестичним зниженням, яке проявляється у *нездатності освоювати щось нове і шаблонності в професійній діяльності* [8]. В побуті звертають на себе увагу втрата всіх інтересів, виключаючи утилітарні; звужується круг уявлень, мислення стає рутинним. У важких випадках такі жінки не можуть відокремлювати головне від другорядного. Характерні різка виснажливість і нездатність до концентрації уваги. У деяких осіб загальна млявість і пасивність виражені настільки, що зміни особистості у них відносять до *апатичного типу алкогольної деградації*. Втрачається здатність і бажання розуміти смисли ситуацій, що відбуваються. Оцінка алкозалежною жінкою свого стану, положення, перспектив усе більш розходиться з дійсним станом речей. Через це їх поведінка стає усе більш бестактною, викликає подив і глузування у оточуючих. Зниження пам'яті підкоряється спільним закономірностям: в першу чергу страждає пам'ять на нову інформацію.

Отже, ми розглянули особистісні зміни і алкогольну деградацію жінок, залежних від алкоголю, проте варто замислитися й на тому, як жінка дійшла до цього, як вона втратила відчуття відповідальності за своє життя, фактично «випавши» з нього, втративши зв'язки не тільки з оточенням, рідними, але і з самою собою. Для цього розглянемо надважливий аспект її життя

особистості – її базові переконання, які, власне, і зумовлюють її стосунки з власним життям.

### **1.3. Роль базових переконань у виборі особистістю аутодеструктивних стратегій життя**

Концепція «базових переконань» та близька до неї концепція «базових (когнітивних) схем» виникла в зарубіжній науці і розвивалася багатьма вченими (Д.Вайсе, Дж.Келли, Р.МакМаллін, А.Бек, М.Даттон, С.Ерстайн, Е.К.Флетчер, Р.Джанов-Булман, Ф.Н.Норріс та іншими). Важливо зазначити, що в даний час вони продовжують розвиватися на перетині соціальної, когнітивної, клінічної психології, психології смислу, психології мотивації та психотерапії. Стимулом до їх формування та розвитку стала актуальна наукова проблема, а саме необхідність вивчення умов і обставин конструювання особистістю уявлень про світ, про оточуючих людей та про себе. Адже, не зважаючи на дуже значний вплив суспільства, що детермінує емоційний, інтелектуальний, соціальний, духовний розвиток людини, у кожного з нас формується своє, унікальне ставлення до світу. І формується воно у відповідь на індивідуальну комбінацію впливів з боку зовнішнього оточення та внутрішніх складових сприйняття та інтерпретації цих впливів. Так розвиваються особистісні якості та почуття людини, так формується система її уявлень про світ і про себе: світоглядні та ціннісні переконання, уявлення щодо своїх здібностей, характеру, власної цінності, уявлення про людей та стилеві особливості взаємин із ними. Отже, формування базових переконань («базових (когнітивних) схем») відбувається під впливом макро-, мезо- і мікросоціальних умов.

А. Бек, А. Раш, Г. Эмери, Д. Румельхарт, Д. Норман розглядають їх формування як один з етапів надбання особистістю важливого знання про життя. Цей етап вони називають «структуруванням знань», адже він включає

в себе створення нових когнітивних схем на базі вже існуючих шляхом модифікації останніх під впливом нового досвіду [14].

Поняття схем і переконань є ключовим в когнітивній теорії А. Бека [14]. Бек описує п'ять основних категорій схем:

*Когнітивні схеми*, що стосуються таких дій, як абстрагування, інтерпретація, відтворення з пам'яті, оцінка себе та інших людей;

*Емоційні схеми*, які відповідають за генерування почуттів;

*Мотиваційні схеми*, що мають безпосереднє відношення до прагнень та бажань;

*Інструментальні схеми* – вони готують людину до дії, до вчинка;

*Контрольні схеми*, що включають в себе самоконтроль і гальмування, зміну дій і керування ними;

Згідно А. Беку, обробка будь-якої життєвої інформації заснована на базових переконаннях, які «вбудовані» у схеми. Саме тому в когнітивній психотерапії поняття «базові переконання», «когнітивні схеми», «когнітивні патерни» є взаємозамінними. І тому в фокусі уваги представників цього напрямку завжди перебувають «дисфункційні базові переконання», «дисфункційні когнітивні схеми» і «дисфункційні когнітивні патерни» особистості. Проте, треба все ж таки враховувати, що в понятті «когнітивні схеми» акцентується на когнітивних процесах, зокрема на сприйнятті, в той час, як в понятті «базові переконання» - на світоглядних, ціннісно-смыслових. Саме тому вони відіграють дуже важливу роль у побудові стратегії життя особистості на всіх етапах її розвитку, а особливо тоді, коли людина раз від разу потрапляє у складні ситуації, на здоляння яких в неї немає ресурсів. Як результат - в неї зростає відчуття небезпеки оточуючого світу, вона втрачає віру в людей та в себе [14].

Засновник раціонально-емотивної терапії А. Елліс «розміщує» базові переконання в центрі своєї відомої триади АВС: А (Activating events) – *події, що відбуваються в житті людини*; В (Beliefs) – *система базових переконань, що зумовлена цими подіями*; С (Consequences) – *наслідки цих подій, які*

можуть перейти в емоційні та когнітивні порушення. Останнє положення в певній мірі пояснює проблему, що знаходиться в центрі нашої уваги – алкогольну залежність жінок, що втратили когнітивні опори та не можуть справитися із власним життям через трансформовану систему базових переконань. Система базових переконань, згідно Еллісу, являє собою щось на кшталт базової філософії особистості, при цьому вона може містити як розумні, раціональні переконання, перевірені шляхом життєвого досвіду, так і ірраціональні, які, як правило, є реакціями на стресові, травматичні для людини, події, особливо, якщо вони багаторазово повторювалися або в дитячому, або в дорослому віці [31].

Доволі глибоко розкриває феномен базових переконань у цьому аспекті американський психолог Роні Янофф-Бульман [63]. Відповідно до неї, одним з базових відчуттів нормальної людини є здорове почуття безпеки (Janoff-Bulman, 1989, 1992). На її думку, воно базується на трьох категоріях базових переконань, що складають ядро нашого суб'єктивного світу:

1. Віра в те, що в світі більше добра, ніж зла. У цю категорію входять ставлення до навколишнього світу взагалі і ставлення до людей.

2. Переконання, що світ повний сенсу. Зазвичай люди схильні вірити, що події відбуваються не випадково, а контролюються і підкорюються законам справедливості.

3. Переконання в цінності власного "Я". Тут основне значення мають три аспекти: "Я хороша людина" (самоцінність), "Я правильно живу (контроль) і оцінка власної успішності [60, 61].

Річ у тому, що люди трактують всі події, які з ними відбуваються, так, щоб підтримувати стабільність суб'єктивної картини світу, що забезпечує необхідну опору в мінливому світі. Індивід конструює свій життєвий досвід, спираючись на імпліцитну внутрішню структуру, яка включає в себе переконання про дружелюбність навколишнього світу, його справедливість, а також уявлення про власне «Я». Базові переконання забезпечують людину відчуттям захищеності і

стабільності. Але коли людина зіштовхується з небезпекою в світі та своєю вразливістю і беспорядністю, базові переконання можуть піддаватися трансформації. Процес подолання складного (об'єктивно або суб'єктивно травматичного досвіду) полягає в тому, що врешті решт відбувається відновлення базових переконань, але вже на основі отриманого складного досвіду [14, 31, 63, 64].

Можна стверджувати, що система базових переконань – це основа картини світу особистості. Це стійкі уявлення людини про світ і про себе, що впливають на його сприйняття та мислення, на емоційні стани, поведінку, стратегію життя.

Отже, можемо припустити, що жінки, які мають алкогольну залежність, не можуть справитися із власним життям через трансформовану, дисфункційну систему базових переконань, яка містить перекручені уявлення про світ, людей та саму себе.

## **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

1. Одним з головних напрямків дослідження залежності від алкоголю у сучасній науці є вивчення психології так званої «преалкогольної» особистості, зокрема її характерологічних (патохарактерологічних) рис та емоційно-вольових якостей, що збільшують ризик розвитку залежності від алкоголю та зумовлюють динаміку її розвитку. У структурі особистості осіб, схильних до залежності від алкоголю, виокремлюються пасивно-залежні риси характеру: низька самооцінка, невпевненість в собі, відчуття неповноцінності, порушення паторольової ідентифікації, імпульсивність, конформність, невротичний контроль емоцій та поведінки. Це заважає їм вибудувати гармонійні емоційні зв'язки з оточуючими, а домінуючим переживанням у контактах з ними стає переживання своєї малоцінності та ізоляваності від них. Психологічна незрілість та низька адаптивність осіб,

схильних до залежності від алкоголю, змушує їх уникати відповідальності за свої дії та вчинки, перекладаючи її на інших, а психологічна уразливість та притаманна їм нездатність витримувати фрустрацію сприяє виникненню у них станів тривоги, депресії, емоційного напруження.

2. Важливим напрямком сучасних досліджень алкоголізму є вивчення змін особистості, в якій вже сформувалася залежність від алкоголю. Характерологічні зміни в неї відбуваються у трьох напрямках: розвиток неврозів, формування патохарактерологічних змін, розвиток алкогольної деградації (психічної, фізичної, соціальної). Найбільшої інтенсивності і швидкості формування ці зміни набувають у жінок. Вже за два-три роки їх характерологічні зміни набувають ознак загострення рис особистості, які найчастіше розгортаються по астенічному, сінтонному, експлозивному та нестійкому типах. *Астенічний тип* діагностують при наявності дратівливості у поєднанні з астенічними проявами, невпевненістю, лабільністю настрою, відсутністю ініціативи. *Сінтонний тип* характеризується життєрадісністю, нерозбірливістю у знайомствах, порушенням дистанції при спілкуванні, легковажністю, відсутністю особистісної позиції; *експлозивний тип* – афектами неприязні, злості, гніву, агресії; *нестійкий* – залежністю від оточуючих впливів, нездатністю до систематичного прояву зусиль.

Найбільш руйнівні наслідки для психіки, організму, соціального життя жінок, залежних від алкоголю, має алкогольна деградація, яка найбільш виразно проявляється на віддалених етапах залежності від алкоголю. Її ознаками є емоційне огрубіння жінки, її морально-етичне сплюснення, різноманітні інтелектуально-мнестичні порушення, афективні розлади, психопатоподібні симптоми тощо. Це фактично розпад особистості, психіки та організму залежної від алкоголю жінки.

3. Базові переконання відіграють значну роль у виборі особистістю як конструктивних, так і деструктивних стратегій життя. Залежність від алкоголю являє собою аутодеструктивну стратегію,

адже залежна від алкоголю людина фактично добровільно відмовляється від власного життя та відповідальності за нього, вибираючи взамін життя алкогольний угар та повільну смерть особистості. Це надало нам підстави припустити, що алкогольна залежність жінок може бути зумовлена тим, що вони не справляються із власним життям через велику кількість сформованих у процесі набуття життєвого досвіду дисфункційних когнітивних схем та трансформовану, дисфункційну систему базових переконань, яка містить перекручені уявлення про світ, людей та саму себе.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ БАЗОВИХ ПЕРЕКОНАНЬ ЖІНОК, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

#### 2.1. Організація дослідження базових переконань жінок, залежних від алкоголю

В організації дослідження базових переконань жінок, залежних від алкоголю, можна виділити п'ять етапів:

1. Перший етап було присвячено вивченню та теоретичному аналізу сучасного стану розробки обраної нами теми. Головними завданнями даного етапу дослідження був аналіз, синтез, класифікація та систематизація наукових знань за обраною нами темою.

Ми дослідили головні напрямки досліджень науковцями залежності від алкоголю, а саме: вивчили психологію «преалкогольної» особистості (її характерологічні та патохарактерологічні риси і емоційно-вольові якості, що зумовлюють ризик розвитку залежності та її динаміку); вивчили та систематизували зміни особистості, в якій вже сформувалася залежність від алкоголю (загострення особистості, патохарактерологічні зміни, алкогольна деградація (психічна, фізична, соціальна); проаналізували ці зміни відповідно до стадій алкоголізму; визначили роль базових переконань в формуванні аутодеструктивної поведінки особистості; також визначили, що найбільшої інтенсивності і швидкості формування ці зміни набувають у жінок.

Проведений аналіз дозволив нам розглядати залежність від алкоголю як феномен внутрішнього світу людини, який дозволяє їй дистанціюватися від власного життя та зняти з себе відповідальність за нього та припустити, що алкогольна залежність жінок може бути зумовлена тим, що вони не справляються із власним життям через дисфункції в системі базових переконань, яка містить негативні уявлення про світ, людей та саму себе.

2. Другий етап організації дослідження полягав у пошуку бази для проведення його емпіричної частини та здійсненні відбору психодіагностичного інструментарію, який би відповідав завданням дослідження.

*Базою дослідження* було обрано два Київських заклади: Центр психологічного лікування алкоголізму «Сенс» (бул. Перова 56, Дніпровський район м. Києва) та Наркологічний Центр MED-ZAHID (вул. Ромена Роллана, 4). Обидва Центри, крім інших напрямків роботи, займаються лікуванням жіночого алкоголізму та реабілітацією жінок, залежних від алкоголю. Великим плюсом роботи спеціалістів цих установ є також робота з родичами жінок, спрямована на усвідомлення та позбавлення їх співзалежності.

*В якості психодіагностичного інструментарію* було обрано 5 методик (приведені в параграфі 2.3), за допомогою яких ми в подальшому працювали з жінками, які проходили лікування та реабілітацію в зазначених вище закладах.

3. Третій етап було присвячено проведенню емпіричного дослідження. Емпірична частина дослідження мала пролонгований характер, що було зумовлено, по-перше, специфікою вибірки (жінки швидко втомлювалися, мали розсіяну увагу і через це не могли за один раз опрацювати всі методики), а, по-друге, особливостями роботи з жінками спеціалістів вище зазначених Центрів (нам надавалася можливість працювати з жінками вже після того, як фахівці завершували свою роботу з ними).

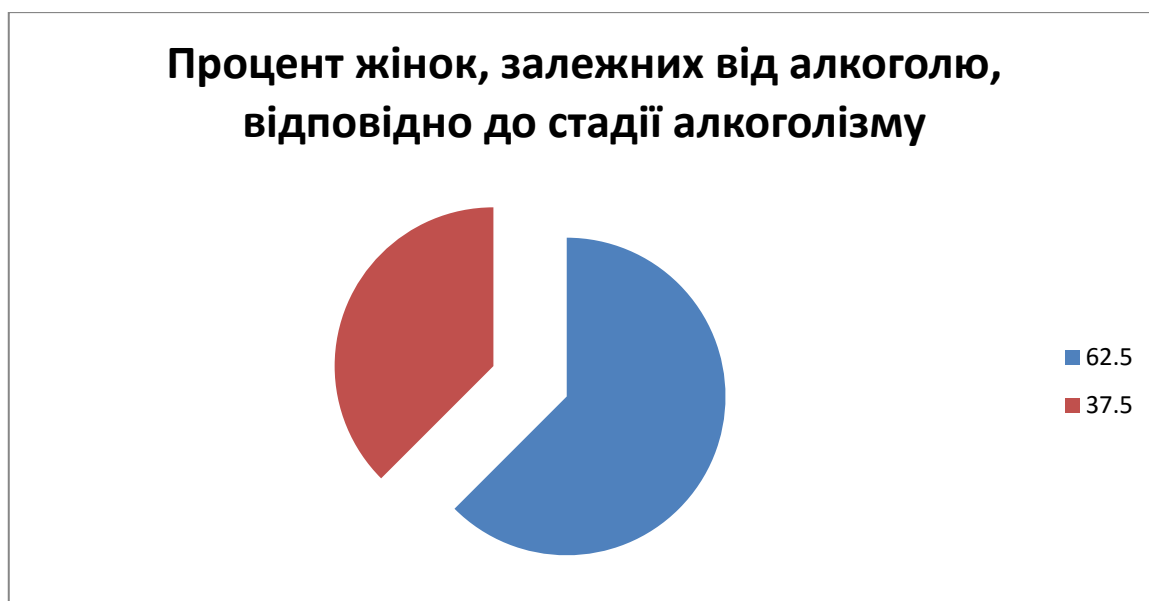
4. Четвертий етап включав в себе кількісну і якісну обробку отриманих даних та їх аналіз, в тому числі, за допомогою методів математичної статистики.

5. П'ятий етап полягав в інтерпретації результатів емпіричного дослідження, письмовому оформленні роботи, створенні таблиць та графіків, формулюванні висновків та оформленні списку літератури.

## 2.2. Опис дослідницької вибірки

Емпіричне дослідження проводилося на базі Центру психологічного лікування алкоголізму «Сенс» (бул. Перова 56, Дніпровський район м. Києва) та Наркологічного Центру MED-ZANID (вул. Ромена Роллана, 4). Обидва Центри, окрім інших напрямків роботи, займаються лікуванням жіночого алкоголізму та реабілітацією жінок, залежних від алкоголю.

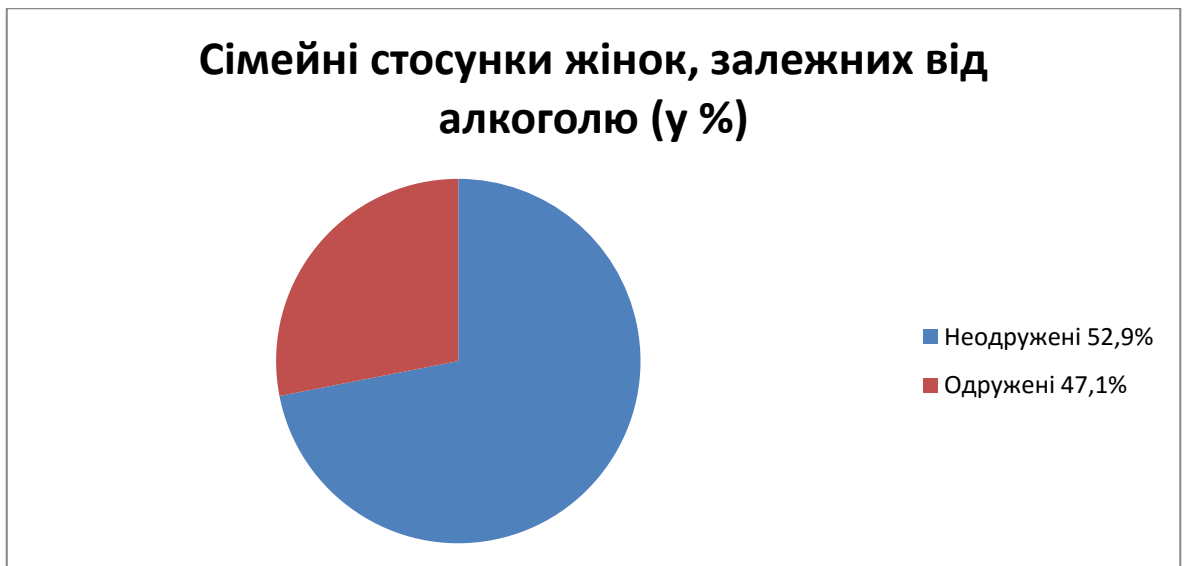
Враховуючи актуальні обставини, обумовлені Covid-19, нами було залучено до емпіричного дослідження 32 жінки (вони склали основну вибірку), частина яких знаходилася на стадії лікування від алкоголізму, а частина вже проходила курс реабілітації. Вік досліджуваних коливався у межах від 30 до 45 років. Всі вони знаходились на 2-3 стадії алкоголізму. Із них на 2 стадії алкоголізму знаходилися – 20 осіб (62,5%) та ще 12 осіб (37,5%) знаходились на 3 стадії алкоголізму.



**Рис. 2.1. Розподіл жінок за стадією залежності від алкоголю.**

*Примітка:* цифри подано у %, синій колір – 2 стадія алкоголізму, бордовий колір – 3 стадія.

Соціальний статус досліджуваних дуже неоднорідний. Сімейний стан досліджуваних такий: 17 (52,9%) жінок – не одружені, 15 (47,1%) – одружені.



**Рис. 2.2. Розподіл жінок за особливостями сімейної ситуації.**

*Контрольну групу склали 28 жінок приблизно того ж віку (від 30 до 45 років), які не мають алкогольної залежності. Сімейний стан: 10 осіб – не одружені, 18 – одружені. Соціальний статус також неоднорідний. Контрольна група була задіяна тільки для порівняльного аналізу.*

Отже, загальна вибірка склала 60 жінок (32 жінки, залежних від алкоголю, і 28 жінок, що не мають ані залежності, ані яких інших проблем з алкоголем).

На початковому етапі роботи за допомогою проективної бесіди з жінками ми виявили актуальні для них психологічні проблеми. Характерними для більшості досліджуваних є тривожність і численні страхи, які стосуються, переважно, взаємодії з оточуючими людьми. Вони проявляються, переважно, у вигляді проблем в області соціальних взаємин, зокрема їх встановлення і подальшого підтримання. Намагання здаватися на етапі встановлення взаємин краще, ніж вони є, швидко корегується реальністю, і на поверхню взаємин (чи то професійних, чи то особистих) виходять справжні особистісні характеристики жінок, залежних від алкоголю, які псують (а іноді – повністю руйнують) ці взаємодії. У переважної більшості жінок (судячи з їх розповідей) зазначені проблеми гостро проявляються у взаєминах з представниками протилежної статі (де, до

речі, теж у повній мірі проявляється їх схильність до залежності). У багатьох мають місце психосексуальні проблеми.

Аналіз сімейної ситуації жінок, залежних від алкоголю, показав, що 15 жінок з 32 - одружені (на момент проведення дослідження), але взаємини в сім'ях цих жінок складні, конфліктні, напружені; говорячи про них, жінки в більшості проявляли схильність до знецінювання стосунків з партнером, а описуючи свого чоловіка, наділяли його якостями домашнього тирана, який власне і довів жінку до зловживання алкоголем. 17 жінок з 32 на момент дослідження були не одруженими. З них 11 пережили розлучення через недовгий час після шлюбу (від одного до трьох років), а після розлучення більшість досліджуваних мали невдалий, за їх власною оцінкою, досвід партнерських взаємодій. Проведена проєктивна бесіда дозволила краще зрозуміти соціальну, в тому числі, сімейну, ситуацію досліджуваних жінок та особливості їх соціальних (в тому числі, партнерських) взаємин, що дало нам змогу на етапі діагностики краще зрозуміти їх базові переконання та характеристики, що межують та взаємодіють з ними.

Слід додати, що участь у дослідженні була добровільною, більшість з жінок віднеслись до роботи з розумінням. По ходу виконання завдань у деяких досліджуваних виникали певні питання щодо змісту питань методик, але в цілому всі справилися з поставленими завданнями.

### **2.3. Методи дослідження базових переконань жінок, залежних від алкоголю**

**У дослідженні було використано такі методи:**

*теоретичні* – аналіз та узагальнення наукових джерел, класифікація, систематизація та інтерпретація даних;

*емпіричні* – відкрите спостереження за досліджуваними, діалогічний метод (проєктивна бесіда з ними), метод тестування, контент-аналіз (він

використовувався для обробки даних «Методики граничних смислів», ми кодували виокремлені автором методики смислові категорії і рахували частоту їх представленості у протоколах досліджуваних жінок);

*статистичні* – для виявлення розподілення ознак – метод Колмогорова-Смірнова (критерій  $\lambda$ ); для виявлення відмінностей між групами – метод Манна-Уїтні (непараметричний критерій U), для виявлення зв'язків між змінними – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Для вирішення поставлених завдань в емпіричному дослідженні *було використано п'ять психодіагностичних методик:*

**1. Методика «Шкала базових переконань» (автор Ронні Янофф-Бульман; переклад та адаптація О. Кравцової).**

Даний опитувальник використовувався нами з метою вивчення базових переконань досліджуваних. Він розроблений в рамках когнітивної концепції базових переконань особистості. Відповідно до неї, одним з базових відчуттів нормальної людини є здорове почуття безпеки. На думку американського психолога Р.Янофф-Бульман [63, 64], воно базується на трьох категоріях базових переконань, що складають ядро нашого суб'єктивного світу:

1. Віра в те, що в світі більше добра, ніж зла. У цю категорію входять ставлення до навколишнього світу і ставлення до людей.

2. Переконання, що світ повний сенсу. Зазвичай люди схильні вірити, що події відбуваються не випадково, а контролюються і підкоряються законам справедливості.

3. Переконання в цінності власного "Я". Тут основне значення мають три аспекти: "Я хороша людина" (самоцінність), "Я правильно живу (контроль) і оцінка власної успішності.

Опис методики: Методика складається з 32 тверджень. Досліджувані мали дати одну з наступних відповідей: «скоріше не згоден», «швидше згоден», «абсолютно не згоден», «не згоден», «згоден», «повністю згоден».

Шкала базових переконань виявляє вісім категорій переконань, на основі яких обчислюються три вище зазначених базових переконання:

- 1) прихильність світу (BW, benevolence of world);
- 2) доброта людей (BP, benevolence of people);
- 3) справедливість світу (J, justice);
- 4) контрольованість світу (C, control);
- 5) випадковість як принцип розподілу подій, що відбуваються (R, randomness);
- 6) цінність власного "Я" (SW, self-worth);
- 7) ступінь самоконтролю (контролю над подіями, що відбуваються) (SC, self-control),
- 8) ступінь удачі, або везіння (L, luckiness).

Перед учасниками ставилося завдання відмітити ступінь своєї згоди з кожним з тверджень за шестибальною шкалою (від 1 до 6). Величина значення за кожною з 8 шкал визначається як середнє арифметичне.

**2. Методика життєстійкості С. Мадді (адаптація Д. Леонтєвим, О. Расказової опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді) [27, 47].**

Дану методику було використано нами з метою дослідження здатності і готовності досліджуваних жінок активно і – головне - гнучко діяти в ситуації стресу, а також труднощів у його подоланні та переживанні. Адже базові переконання людини, за твердженням Р. Янофф-Бульман [63], багато в чому зумовлюються складним (стресовим, травматичним) досвідом, який вона набула у процесі життя, та її вмінням долати та інтегрувати цей досвід (життєстійкістю).

Опитувальник складається з 45 пунктів-тверджень, з якими респондент повинен висловити свою згоду або незгоду за 4-бальною шкалою. Бали підраховуються як в прямому, так і в зворотному значенні.

Зі шкали можуть бути вилучені 4 показника:

- ✧ *Залученість* визначається як переконаність в тому, що залученість у події дає максимальний шанс знайти щось достойне і цікаве для особистості;
- ✧ *Контроль* є переконаність в тому, що боротьба дозволяє вплинути на

результат того, що відбувається, нехай навіть цей вплив не абсолютний і успіх не гарантований;

✧ *Прийняття ризику* - переконаність людини в тому, що все те, що з ним трапляється, сприяє його розвитку за рахунок знань, які виходять з досвіду, - неважливо, позитивного або негативного;

✧ *Загальний показник життєстійкості* являє собою систему переконань про себе, про світ, про відносини зі світом.

Тест життєстійкості є надійним і валідним інструментом психологічної діагностики, результати якого не залежать від статі, освіти і регіону проживання людини. При цьому життєстійкість є фактором профілактики розвитку соматичних і психічних захворювань в умовах стресу, і одночасно сприяє оптимальному переживанню ситуацій невизначеності і тривоги.

3. **Методика граничних смислів** (автор Д. О. Леонтьєв) [26]. Використовувалася нами з метою вивчення взаємозв'язків між базовими переконаннями жінок, залежних від алкоголю, та їх динамічними смисловими категоріями, що в значній мірі зумовлюють стратегію їх життя (ступінь залучення або відчуження від нього) та специфіку взаємин з іншими людьми (це такі категорії, як *рефлексивність, негативність і децентрація*). Їх представленість у смисловому процесі впливає на особистісну активність та вчинки жінок і відображається у їх світоглядних судженнях. Робота з методикою здійснювалася в індивідуальному (діалогічному) форматі, у відповідності до рекомендованих процедур.

Методика включає структуровану серію запитань і відповідей. Після завершення діалогічної взаємодії з досліджуваними смислові категорії, відображені в їх індивідуальних відповідях, кодувалися, обраховувалися та аналізувалися. Ми аналізували три контент-категорії: *рефлексивність, негативність, децентрація*. За кожною з них нами було отримано певні індекси (математичні величини), які співставлялися з нормою. *Індекс рефлексивності* надав можливість отримати уявлення про особливості когнітивної регуляції взаємодій із світом досліджуваних жінок; *індекс*

*негативності* – скласти уявлення про мотиваційну сторону їх життєвої активності та зробити висновки про притаманні їм захисні механізми; *індекс децентрації* – проаналізувати смислові основи формування їх базових переконань у модусі соціальних взаємин і зрозуміти, в якій мірі вони розглядають власне життя у контексті життя інших людей.

4. **Методика О. Фанталової «Рівень співвідношення цінності та доступності у різних життєвих сферах».** Методика використовувалася нами з метою розпізнавання внутрішніх конфліктів, викликаних розбіжністю бажаного і доступного. У ній використано термінальні цінності, які виділені М. Рокичем. На спеціальному бланку жінкам пропонувалося 12 понять, що означають різні життєві цінності. Потрібно було двічі провести оцінку цих понять, у першому стовпчику – проранжувати цінності оцінками від 1 до 12 за цінністю, у другому стовпчику - за доступністю оцінками від 1 до 12. Чим більша сума розбіжностей між Ц і Д, тим більше виражений внутрішній конфлікт у досліджуваних внаслідок незадоволення життєвих цінностей.

#### 5. **Проективна методика Карен Махвер «Намалюй людину»**

**«Намалюй людину» тест (Draw-A-PersonTest, DAP)** — проективна методика дослідження особистості. "Намалюй людину" можна використовувати для обстеження як дорослих, так і дітей, допускається групове обстеження. В нашому дослідженні вона використана як додатковий метод діагностики з метою визначення того, як сприймають досліджувані жінки самих себе, визначити цінність їх «Я», адже цінність «Я» є важливим параметром базових переконань.

Жінкам було запропоновано олівцем на чистому аркуші паперу намалювати людину. При інтерпретації отриманих даних потрібно виходити з ідеї про те, що малюнок є вираженням "Я" обстежуваного. Значна увага приділяється аналізу деталей малюнка, перш за все, особливостям зображення основних частин тіла, які часто оцінюють відповідно до психоаналітичної символіки. У нашій країні методика "Намалюй людину" доволі часто застосовується в клініко-психологічних дослідженнях.

Аналізуються переважно формальні аспекти малюнків, наприклад, розмір фігури, її розташування на аркуші паперу, міра закінченості малюнка і т. п. Отримані при обстеженні результати при цьому співвідносяться з клінічною картиною захворювання, збагачуючи і уточнюючи уявлення про хворого.

Обрані методи та підібраний психодіагностичний інструментарій дав нам змогу організувати та провести емпіричне дослідження і вирішити поставлені завдання.

## **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

1. Організація дослідження базових переконань жінок, залежних від алкоголю включала п'ять етапів, кожен з яких підпорядковувався конкретному завданню: етап теоретичного аналізу сучасних напрямків вивчення залежності від алкоголю та її специфіки у жінок через призму базових переконань особистості; етап організації власне емпіричного дослідження (пошук бази дослідження та підбір психодіагностичного інструментарію); етап його проведення; етап кількісної і якісної обробки отриманих даних та їх аналіз, в тому числі, за допомогою методів математичної статистики; етап інтерпретації отриманих результатів, письмового та графічного оформлення дипломної роботи.

2. Емпіричне дослідження проводилось на базі двох Київських закладів, які, окрім інших проблем, спеціалізуються на лікуванні та реабілітації жінок, залежних від алкоголю: Центру психологічного лікування алкоголізму «Сенс» та Наркологічного Центру MED-ZAHID.

*Основну вибірку* склали 32 жінки, з них частина проходили лікування від алкогольної залежності у цих закладах, а частина вже знаходилася на етапі реабілітації. Всі вони знаходились на 2-3 стадії алкоголізму. Із них на 2 стадії алкоголізму знаходилися – 20 осіб (62,5%) та ще 12 осіб (37,5%) знаходились на 3 стадії алкоголізму. Соціальний статус досліджуваних дуже неоднорідний. Сімейний стан досліджуваних такий: 17 жінок – не одружені,

15 – одружені. *Контрольну групу* склали 28 жінок, які не мають алкогольної залежності. Сімейний стан: 10 осіб – не одружені, 18 – одружені. Соціальний статус також неоднорідний. Отже, *загальна вибірка* складала 60 жінок (32 жінки, залежних від алкоголю, і 28 жінок, що не мають ані залежності, ані яких інших проблем з алкоголем).

3. Характерними для більшості жінок, залежних від алкоголю, є тривожність і численні страхи, які стосуються, переважно, взаємодії з оточуючими людьми. Вони проявляються у вигляді проблем в області соціальних взаємин, зокрема їх встановлення і подальшого підтримання. Намагання здаватися на етапі встановлення взаємин краще, ніж вони є, швидко корегується реальністю, і на поверхню взаємин (чи то професійних, чи то особистих) виходять справжні особистісні характеристики жінок, залежних від алкоголю, які псують (а іноді – повністю руйнують) ці взаємини. У переважної більшості жінок зазначені проблеми гостро проявляються у взаєминах з представниками протилежної статі, де у повній мірі також проявляється їх схильність до залежності. У багатьох мають місце психосексуальні проблеми.

4. Обрані методи та підібраний відповідно до поставлених завдань психодіагностичний інструментарій дав змогу організувати та провести емпіричне дослідження і досягти поставленої мети.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ БАЗОВИХ ПЕРЕКОНАНЬ ЖІНОК, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

#### 3.1. Базові переконання жінок, залежних від алкоголю: їх специфіка, функції та роль в ставленні до життя

Згідно до поставлених завдань, ми розпочали своє дослідження з вивчення базових переконань жінок, залежних від алкоголю. У таблиці 3.1. представлені показники базових переконань досліджуваних.

Таблиця 3.1

#### Кількісні показники базових переконань жінок, залежних від алкоголю

Базові переконання	Середні показники
Прихильність світу (ДС)	1,72
Доброта людей (ДЛ)	1,44
Справедливість світу (СС)	1,62
Захисний контроль (ЗК)	4,63
Чинник випадковості (ЧВ)	1,92
Цінність «Я» (ЦЯ)	1,45
Самоконтроль (СК)	4,02
Чинник удачі (ЧУ)	1,72
Інтегральний показник довіри до світу (ІДС)	1,63
Інтегральний показник осмисленості життя (ІОЖ)	1,88
Інтегральний показник довіри до себе (ІДС)	1,86

**Примітка:** область низьких значень – від 0 до 2; норма – від 2 до 4; область високих значень – від 4 і вище.

Аналіз отриманих показників показав, що більшість з них знаходиться в області низьких значень (від 0 до 2-х), а 2 показники (захисного контролю і самоконтролю) – в області високих (вище 4-х). Звертає на себе увагу відсутність показників в області середніх значень (від 2 до 4), що вказує на полярність сприйняття світу та базових переконань щодо нього, а також на те, що основою взаємин зі світом жінок, залежних від алкоголю, є низький рівень довіри до нього, відчуття його ворожості і хаотичності, відсутність віри у справедливість світобудови (на це прямо вказує низький показник

справедливості світу). Довіра до оточуючих людей у них також дуже низька (найчастіше вони сприймаються як ворожі, неприємні та небезпечні). Вище наведені характеристики поєднуються з відчуттям малоцінності власного «Я» і невезіння, що сприяє сприйняттю оточуючого світу як такого, що не можна контролювати. Це сприяє актуалізації тривоги та депресії і змушує цих жінок шукати способи їх зменшення. На допомогу їм приходять вже звичний спосіб боротьби з негативними емоційними станами за допомогою алкоголю, але не обмежується їм. Особистісна активність, спрямована на досягнення цієї мети, реалізується жінками, залежними від алкоголю, у доволі широких межах. Якщо розглянути її в термінології К. Хорні [57], це може бути так званий «рух до людей», який спрямований на те, щоб залучитися їх підтримкою (для цього вони зазвичай пред'являють їм ілюзорну частину свого «Я»). На жаль, такий просоціальний, за своїм напрямом, рух зазвичай проявляється у жінок, що зловживають алкоголем, у різних формах залежності від цих людей. Це може бути також майже повний ухід від соціальних взаємин (за Хорні, «рух від людей»), ізоляція, відчуження від них, за допомогою якого цим жінкам вдається трохи знизити базову тривогу і навіть підвищити самооцінку. І третій напрямок, що допомагає цим жінкам знизити тривогу та депресію – це «рух проти людей» (зазвичай у цю категорію потрапляють в першу чергу родичі та близькі жінок, залежних від алкоголю, а також друзі, які відмовилися, як приклад, позичити їй гроші, або піддали її критиці).

На нашу думку, пошуки способів зниження тривоги стають тим більш інтенсивними, і деструктивними, чим частіше жінка зустрічається з соціальними невдачами, які є травматичними та руйнівними для її ідентичності та різних аспектів «Я». Як засвідчили результати нашого дослідження, у жінок, що зловживають алкоголем, вони проявляються у відмові від самореалізації і зростанні тенденції до знецінювання власного «Я». Все це підкріплюється і пояснюється відчуттям несправедливості світу і людей, з якими їм доводилося перетинатися у процесі життя.

Отже, ми бачимо у наших досліджуваних наявність тенденції до обмеження особистісної активності, а фактично – відмову від власної відповідальності за своє життя (на неї вказують також і високі показники за шкалами захисного контролю і самоконтролю). Ця тенденція має, скоріш за все, невротичну природу, але вона, на нашу думку, дає змогу цим жінкам контролювати свій страх перед життям і підтримувати ілюзію самоцінності і сили власного «Я» (так, наприклад, жінка може пояснювати своє пияцтво «свідомим вибором» або звинувачувати в ньому когось з рідних та близьких).

Враховуючи зв'язок формування базових переконань зі здатністю людини долати та інтегрувати складний (об'єктивно і суб'єктивно травматичний) досвід в процесі життя, ми поставили за мету дослідити життєстійкість та її параметри у жінок, залежних від алкоголю, а також у жінок контрольної групи (тих, що не мають проблем з алкоголем) та порівняти отримані показники.

Дослідження проводилося за допомогою методики життєстійкості С. Мадді (адаптована Д.О. Леонт'євим). Воно дозволило зафіксувати низьку життєстійкість жінок, залежних від алкоголю, (інтегральний показник), їх низьку залучення до власного життя, а у більшості жінок - відсутність інтересу до нього та повну відчуженість. Цілі багатьох з них є розмитими, мотивація до змін – слабкою (результати наведено у таблиці 3.2).

*Таблиця 3.2.*

**Кількісні показники життєстійкості та її параметрів у жінок, залежних від алкоголю (основна група)**

<b>Параметри життєстійкості (здатність бути залученими до власного життя, приймати ризик та невизначеність, здатність до оптимального контролю над життям)</b>	<b>Середні показники (у балах)</b>
Залучення особистості у власне життя	15,8
Здатність особистості до оптимального контролю над життям	15,4
Здатність до прийняття ризику і невизначеності	16,0
<b>Інтегральний показник життєстійкості</b>	<b>47,2</b>

**Примітка: норма:** залучення:  $37,64 \pm 8,08$ ; оптимальний контроль:  $29,17 \pm 8,43$ ; прийняття ризику і невизначеності:  $14,91 \pm 4,39$ ; життєстійкість:  $80,72 \pm 18,53$

Ми бачимо надзвичайно низький показник залучення у власне життя, що підтверджує наше припущення про зняття з себе відповідальності за нього. Аналіз показників контролю досліджуваних над власним життям вказує на наявність в них порушення здатності до оптимального контролю (він, на противагу від захисного контролю, пов'язаний з цілеспрямованою вольовою активністю та подоланням труднощів). Інтегральний показник життєстійкості в них значно нижче норми, що вказує на дефіцит ресурсів, необхідних для подолання складних життєвих ситуацій та прийняття у таких ситуаціях відповідальних життєвих рішень. У поєднанні з високими показниками захисного контролю, отриманими за методикою Р. Янофф-Бульман, це вказує на виражене в них намагання уникнути будь-яких життєвих змін у житті за рахунок звернення до зручних і звичних способів соціальної поведінки та побудови стосунків з іншими людьми.

На відміну від жінок, залежних від алкоголю, жінки контрольної групи продемонстрували дещо інші результати (наведені у таблиці 3.3).

*Таблиця 3.3.*

**Кількісні показники життєстійкості та її параметрів у жінок, що не мають алкогольної залежності (контрольна група)**

Параметри життєстійкості (здатність бути залученими до власного життя, приймати ризик та невизначеність, здатність до оптимального контролю над життям)	Показники, вимір	
	сума	середні
Залучення особистості у власне життя	256	36,7
Здатність особистості до оптимального контролю над життям	1027	26,3
Здатність до прийняття ризику і невизначеності	597	15,5
Інтегральний показник життєстійкості	2880	78,5
<b>Норма:</b> залучення: $37,64 \pm 8,08$ ; оптимальний контроль: $29,17 \pm 8,43$ ; прийняття ризику і невизначеності: $14,91 \pm 4,39$ ; життєстійкість: $80,72 \pm 18,53$		

Як бачимо, жінки контрольної групи мають нормативні показники залучення у власне життя, що співвідноситься із здатністю до відповідального ставлення до нього та оптимального контролю над ним; їх здатність до цілепокладання та вольової поведінки в ситуаціях невизначеності формує достатню стійкість перед такими ситуаціями, отже і інтегральний показник життєстійкості в них розташований у межах норми.

**Дослідження базових смислових категорій жінок, залежних від алкоголю, у поєднанні із смисловою динамікою їх життя здійснювалося за допомогою «Методики граничних смислів» Д. О. Леонтєва [26].**

Одним з важливих компонентів базових переконань будь-якої особистості є параметр осмисленості життя. Саме тому ми вирішили дослідити базові смислові категорії жінок, залежних від алкоголю, у поєднанні з їх смисловою динамікою (вивчити, які смислові процеси і як саме взаємодіють з формуванням базових переконань).

Специфіка стану жінок, що приймали участь у дослідженні, не дозволила нам провести роботу з побудовою смислового дерева – їх «дерева» мали в більшості доволі «куці» гілки, занадто швидко відбувалося смислове «схлопування» і зупинка діяльності. Саме тому ми поставили собі за мету дослідити та проаналізувати представленість у смисловому процесі, що впливає на особистісну активність та вчинки жінок, стрижневих смислотвірних категорій – в концепції автора методики це рефлексивність, негативність і децентрація. Частоту представленості у протоколах вище вказаних категорій ми аналізували за допомогою контент-аналізу.

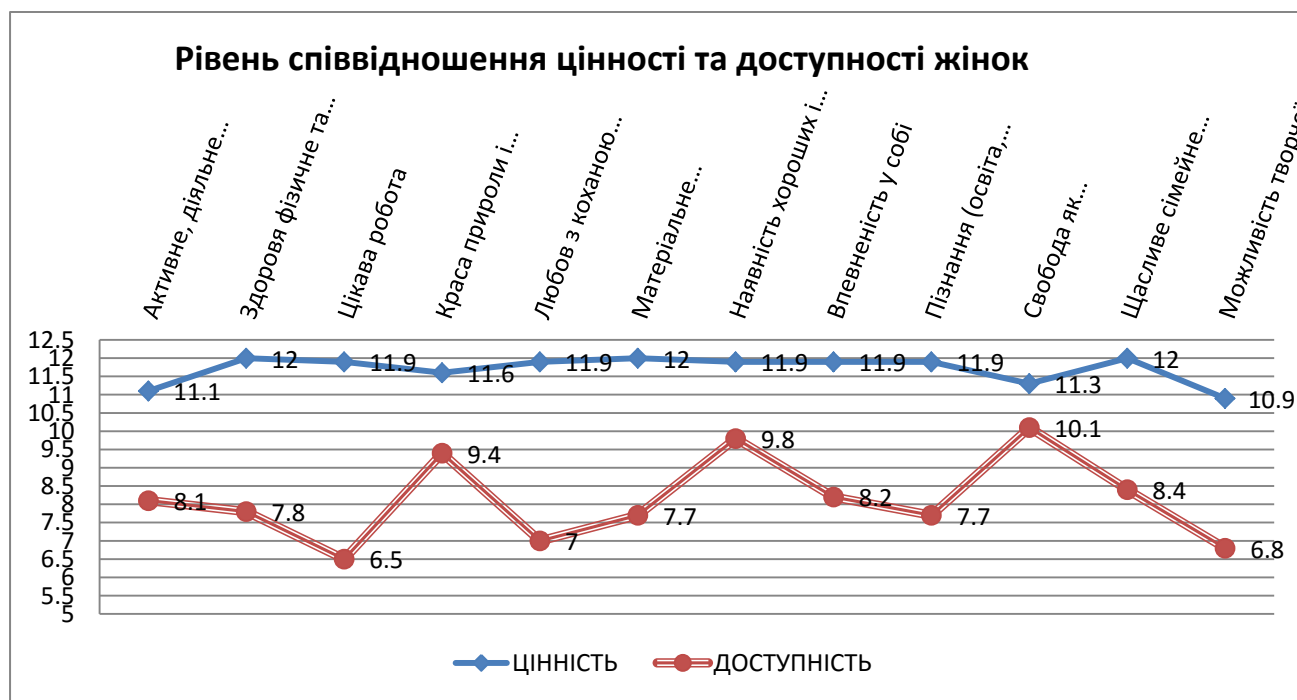
Виявилось, що середні показники рефлексивності і негативності досліджуваних жінок у два рази перевищують нормативні (при нормі  $10 \pm 2\%$  від загальної кількості смислотвірних категорій відсоток категорій рефлексивності дорівнює 20,04%, відсоток категорій негативності – 21,85%, а відсоток категорій децентрації, навпаки, є дуже низьким (2,64%). Це вказує на те, що саме схильність до надмірної рефлексії та раціоналізації (за деяких умов – інтелектуалізації) визначає їх смислову динаміку, а активність жінок,

залежних від алкоголю, через це обмежується виключно вимогами життєвої ситуації. Гальмування особистісної активності пояснюється таким чином: «щоб люди не подумали, що я невдаха», «щоб не показати себе тупою», «щоб не втратити авторитет» тощо. Це вказує на характерну для них стратегію уникання проблемних життєвих ситуацій. А надмірне концентрування на власних емоціях і почуттях залишає їх байдужими до почуттів інших людей – цим, на нашу думку, пояснюється низький процент категорій децентрації в загальній картині смислової динаміки жінок, залежних від алкоголю.

Враховуючи це, ми поставили за мету дослідити внутрішні конфлікти жінок, викликані розбіжністю бажаних доступних цінностей.

Для визначення областей, де незадоволення бажаних цінностей є найбільш травматичним для досліджуваних жінок, ми використали методику «Рівень співвідношення цінності та доступності у різних життєвих сферах» О. Фанталової.

На рисунку 3.1. можна побачити, наскільки відрізняються цінності та їх доступність у різних сферах життєдіяльності досліджуваних жінок.



**Рис. 3.1.** Співставлення значущих цінностей з їх доступністю для жінок, залежних від алкоголю.

Методика О. Фанталової дала нам можливість побачити актуальний конфлікт між бажаним та доступним у наших досліджуваних. Щоб дослідити цей внутрішній конфлікт, викликаний незадоволенням значущих життєвих цінностей у жінок, залежних від алкоголю, проаналізуємо бажані і доступні цінності більш детально (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4.

**Значущі цінності жінок, залежних від алкоголю, та їх доступність**

№	Значущі цінності	Оцінка цінності і доступності	
		Оцінка цінності	Оцінка доступності
1	Активне, діяльне життя.	11,1	8,1
2	Здоров'я (фізичне і психічне)	12	7,8
3	Цікава робота	11,9	6,5
4	Краса природи і мистецтва (переживання прекрасного)	11,6	9,4
5	Любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	11,9	7
6	Матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	12	7,7
7	Наявність хороших і вірних друзів	11,9	9,8
8	Впевненість у собі (свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)	11,9	8,2
9	Пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальний розвиток)	11,9	7,7
10	Свобода як незалежність у вчинках і діях	11,3	10,1
11	Щасливе сімейне життя	12	8,4
12	Можливість творчої діяльності.	10,9	6,8

*Активне, діяльне життя* – бачимо у жінок, залежних від алкоголю, досить велику розбіжність між цією цінністю і її доступністю.

*Здоров'я (фізичне і психічне)* – жінки не задоволені станом свого здоров'я, переживають за нього, деякі з досліджуваних мають багато страхів щодо його руйнування алкоголем.

*Цікава робота* – у досліджуваних нами жінок ця розбіжність майже критична, тому що через залежність від спиртного вони в більшості своєї втратили можливість працювати там, де їм би хотілося.

*Любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)* – для алкозалежних жінок любов дуже важлива цінність та майже зовсім не доступна через руйнацію їх психіки алкоголем та алкогольну деградацію особистості.

*Матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)* – виявлена велика розбіжність між бажаним та доступним, адже алкогольна залежність призводить до втрати роботи та матеріальних проблем.

*Впевненість у собі (свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)* – бачимо великий розрив між цією цінністю та її доступністю, що не складно пояснити. Адже алкозалежна жінка не може не відчувати презирливе ставлення до неї оточуючих людей.

*Свобода як незалежність у вчинках і діях* – як не дивно, тут бачимо найбільш гармонійне поєднання цінності та задоволеності у досліджуваних жінок. Може, через це, що вони почуваються достатньо вільними у вчинках і діях, особливо під час алкогольних зривів.

*Щасливе сімейне життя* – досліджувані нами жінки не задоволені сімейним і партнерським життям, мають значно більші очікування від нього.

*Творчість (можливість творчої діяльності)* – цей пункт найменш важливий для жінок, залежних від алкоголю, але має теж велику розбіжність між бажаним та доступним.

*Висновок:* як бачимо, у досліджуваних нами жінок такі цінності, як свобода, незалежність у вчинках майже безконфліктна. Найбільший конфлікт між бажаним та доступним у наступних сферах: робота, любов, пізнання та можливість творчої діяльності.

**За результатами методики «Намалюй людину» Карен Махвер маємо такі результати:**

**Залежні від алкоголю жінки часто проявляють у своїх малюнках:**

- тривожність (обличчя намальоване в профіль, що також є свідченням потреби у спілкуванні, великі очі і т.д.);
- Агресію – грубі лінії, сильне штрихування, яскраво виражені ніздрі, зображення зубів (особливо волосся);
- Наявність незадоволених потреб - фрустрація (збільшене зображення тулуба);
- Майже в усіх їх малюнках відображається потреба у спілкуванні, залежність, безпорадність (наприклад, невеликі ступні, в багатьох малюнках стопи відірвані від землі тощо);
- Слід також зазначити, що лише в небагатьох малюнках присутні м'які лінії, що є свідченням жіночності та спокою. На більшості зображень лінії проведені із сильним натиском, різкі, у багатьох жінок лінії багато разів накладаються одна на одну, що є свідченням агресії та тривоги.
- Багато малюнків досліджуваних жінок свідчать про неприйняття критики у свій бік (вуха невеликі або зовсім відсутні);

Зовсім інша картина у жінок контрольної групи, що не мають проблем з алкоголем. Їх малюнки у більшості свідчать про достатню впевненість у собі, в них більше плавності, значно менше різких, розірваних ліній. Обличчя у переважної більшості жінок намальовано в анфас, стопи майже у всіх стоять на землі, очі і вуха помірної величини, що свідчить про достатній рівень довіри до інших людей та до світу взагалі.

Отже, можна стверджувати, що дослідження жінок, залежних від алкоголю, за допомогою проєктивної методики «Намалюй людину» дало змогу підтвердити отримані в процесі емпіричного дослідження дані та проєктивним шляхом дослідити важливі аспекти базових переконань досліджуваних, а саме: виявити тенденцію до знецінення власного «Я», наявність незадоволених потреб, наявність захисних тенденцій в соціальній

взаємодії (приховану агресію, нетерпимість до критики у свою адресу, високий рівень тривожності та недовіри до інших людей і, одночасно, тенденцію до побудови з ними залежних взаємин).

### **3.2. Взаємозв'язки базових переконань жінок, залежних від алкоголю, з динамічними компонентами смислоутворення**

Отримані дані ми проаналізували за допомогою методів математичної статистики. Важливим завданням, яке ми перед собою ставили, було дослідження психологічних корелят базових переконань жінок, залежних від алкоголю.

Дослідження взаємозв'язків між показниками базових переконань досліджуваних жінок та їх смислотвірними динамічними категоріями здійснювалося з використанням методу рангової кореляції Спірмена. Результати відображені у таблиці 3.5.

*Таблиця 3.5.*

#### **Значущі взаємозв'язки між показниками базових переконань жінок, залежних від алкоголю, та їх смислотвірними категоріями**

<b>Показники динаміки смислоутворення</b>	<b>Показники базових переконань</b>	<b>Ремпір.</b>	<b>P (значущ)</b>
Рефлексивність	Захисний контроль	+0,588	$P \leq 0,01$
	Випадковість як чинник розподілу життєвих подій	-0,438	$P \leq 0,05$
Негативність	Справедливість світу	-0,337	$P \leq 0,05$
	Доброта світу	-0,452	$P \leq 0,01$
	Захисний контроль	+0,571	$P \leq 0,01$
	Ступень самоконтролю	+0,502	$P \leq 0,01$
	Ступень довіри до світу	-0,465	$P \leq 0,01$
Децентрація	Доброта світу	+0,419	$P \leq 0,01$
	Захисний контроль	-0,565	$P \leq 0,01$
	Цінність власного «Я»	+0,422	$P \leq 0,01$
	Довіра до світу	+0,472	$P \leq 0,01$

Проведений кореляційний аналіз відображає специфіку взаємозв'язку базових переконань жінок, залежних від алкоголю, з динамічними

компонентами смислоутворення, які зумовлюють їх особистісну активність та специфіку світоглядних позицій. Як бачимо, виявлені закономірності проявляються великою кількістю притаманних їм обмежуючих поведінкових стратегій, спрямованих на уникання ситуацій невизначеності, та збереження наявної життєвої ситуації, навіть якщо вона зовсім не задовольняє жінку.

Наприклад, наявність зворотнього зв'язку між децентрацією і захисним контролем над життям дає змогу пояснити схильність досліджуваних жінок до дистанціювання від оточуючих актуальною для них потребою у захисті від непрогнозованих ситуацій, зумовлених міжособистісними взаєминами.

*Справедливість світу, його доброта та ступінь довіри до нього має зворотній кореляційний зв'язок з такою смислотвірною категорією, як негативність, і це в повній мірі пояснює наявну в них тенденцію до збереження будь-якою ціною наявної життєвої ситуації і багато страхів, що через недовіру до світу заважають реалізації значущих цінностей.*

Нездатність жінок, залежних від алкоголю, до децентрації через надмірне зосередження на собі, своїх емоціях, потребах, почуттях заважає їм відчутти цінність власного «Я» (*маємо прямий значущий зв'язок між децентрацією та цінністю «Я»*), адже для того, щоб у повній мірі відчутти власну цінність, людині потрібна інша людина.

Одним із завдань, яке ми перед собою поставили, було дослідити наявність (або відсутність) статистичних відмінностей за параметрами життєстійкості жінок, які прийняли участь у дослідженні, тобто за показниками, що характеризують їх залучення у власне життя, толерантність до ситуацій невизначеності тощо. Враховуючи те, що аналіз розподілу даних, який було здійснено за методом Колмогорова-Смирнова, показав їх відхилення від нормального розподілу, для порівняльного аналізу показників експериментальної та контрольної вибірок і виявлення статистичних відмінностей між групами було використано метод Манна-Уїтні (U-критерій) (таблиця 3.6).

### Порівняльний аналіз параметрів життєстійкості основної та контрольної груп

Параметри життєстійкості	1-2 групи		
	Сер. ранг	$\Sigma (-)$	Значення
Залучення у власне життя	36,67/90,17	8,383	$\leq 0,01$
Здатність до оптимального контролю	59,58/44,33	2,394	$\leq 0,02$
Прийняття ризику	36,39/ 88,74	8,267	$\leq 0,01$
Інтегральний показник життєстійкості	36,74/90,03	8,342	$\leq 0,01$

**Примітка:** 1 група у стовпчику – основна – жінки, залежні від алкоголю; 2 група у стовпчику – контрольна – жінки, що не мають алкогольної залежності;

Порівняльний аналіз показав наявність значущих відмінностей між параметрами життєстійкості та її інтегральним показником у жінок, залежних від алкоголю (в таблиці – група 1) і жінок, що не мають проблем з алкоголем (в таблиці – контрольна група 2). Це може вказувати на причину таких відмінностей, а саме – наявність дисфункційних базових переконань у жінок, що зловживають алкоголем. А їх трансформація може бути пов'язана зі складним життєвим досвідом, інтегрувати який через брак смислових ресурсів, світоглядні деформації та надмірний захисний контроль жінкам не вдалося. До речі, можемо припустити, що саме з життєстійкістю пов'язаний притаманний цим жінкам низький рівень терпимості до фрустрації. До речі, Т.О. Ларіна вважає, що брак терпимості до фрустрації стає вирішальним в кризові періоди життя (до них вона відносить як вікові кризи, так і переламні, складні події життя), саме він, на її думку, заважає особистості бути залученим в ситуацію та змінювати її, приймаючи іноді ризиковані, але свідомі, відповідальні рішення [54].

### ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Основу базових переконань жінок, залежних від алкоголю, складає низький рівень довіри до світу (сер.1,72, інтегральний 1,63), відчуття його ворожості і хаотичності та відсутність віри у справедливість світобудови. Довіра до людей, як і віра у справедливість світу є також дуже низькими (відповідно, середні 1,44; 1,62). Вище наведені характеристики поєднуються з відчуттям малоцінності власного «Я» (сер. 1,45), що призводить до сприйняття оточуючого світу як такого, який не можна контролювати. Це сприяє актуалізації тривоги та депресії і змушує цих жінок шукати способи їх зменшення. Найбільш звичним способом стає зловживання алкоголем (аж до формування залежності від нього), але не обмежується ним. До таких способів можна віднести наявність тенденції до обмеження особистісної активності, а фактично – відмову від власної відповідальності за своє життя (на неї вказують, окрім вище вказаних низьких показників, також високі показники за шкалами захисного контролю і самоконтролю); відчуження від людей та, взагалі, від власного життя і самої себе; відмову від самореалізації і формування тенденції до звинувачення інших у своєму пияцтві. Все це підкріплюється відчуттям несправедливості і ворожості світу і людей, з якими їм доводилося перетинатися у процесі життя.

2. Інтегральний показник життестійкості жінок, залежних від алкоголю, значно нижче норми (47,2), що вказує на дефіцит ресурсів, необхідних для подолання складних життєвих ситуацій та прийняття у таких ситуаціях відповідальних рішень. Характерним для них є і низький рівень ключових параметрів життестійкості, що проявляється у порушенні здатності до здійснення оптимального контролю (сер. 15,4), пов'язаного з цілеспрямованою вольовою активністю; низькому рівні залучення у власне життя (сер. 15,8); низької толерантності до ситуацій ризику та невизначеності (сер. 16,0). На відміну від жінок, залежних від алкоголю, жінки контрольної

групи продемонстрували нормативні показники залучення у власне життя, прийняття ризику та ситуацій невизначеності та оптимального контролю; інтегральний показник життєстійкості в них також розташований у межах норми (виявлені відмінності на рівні  $\leq 0,01$ ).

3. Аналіз представленості базових смислотвірних категорій у смисловому процесі жінок, залежних від алкоголю, довів, що середні показники рефлексивності і негативності у них у два рази перевищують нормативні (при нормі  $10 \pm 2\%$  від загальної кількості смислотвірних категорій відсоток категорій рефлексивності дорівнює 20,04%, відсоток категорій негативності – 21, 85%, а відсоток категорій децентрації, навпаки, є дуже низьким (2,64%). Це вказує на те, що саме схильність до надмірної рефлексії та раціоналізації визначає їх смислову динаміку, а активність жінок, залежних від алкоголю, через це обмежується виключно вимогами життєвої ситуації. Це вказує на характерну для них стратегію уникання проблемних життєвих ситуацій. А надмірне концентрування на власних емоціях і почуттях залишає їх байдужими до почуттів інших людей.

Дослідження взаємозв'язків між показниками базових переконань жінок, залежних від алкоголю, та їх смислотвірними категоріями з використанням методу рангової кореляції Спірмена довело наявність кореляційного зв'язку (прямого і зворотнього) між ними.

4. Наявність актуального конфлікту між бажаними і доступними цінностями, виявлена за методикою О. Фанталової, заважає досліджуваним жінкам відчувати цінність життя та свою власну цінність і стає постійним фруструючим фактором. *В області активного, діяльного життя* бачимо у жінок, залежних від алкоголю, досить велику розбіжність між цією цінністю і її доступністю. *В області здоров'я (фізичного і психічного)* – жінки не задоволені станом свого здоров'я, переживають за нього, деякі з досліджуваних мають багато страхів щодо його руйнування алкоголем. *В області цікавої роботи* розбіжність між бажаним і доступним майже критична, тому що через залежність від спиртного жінки в більшості своєї

втратили можливість працювати там, де їм би хотілося. *Така цінність, як матеріально забезпечене життя* (відсутність матеріальних труднощів) теж бажана, але майже не доступна, адже алкогольна залежність призводить до втрати роботи та значних матеріальних проблем, і така картина спостерігається майже по всіх цінностях.

5. Жінкам, залежним від алкоголю, притаманна тенденція до знецінення власного «Я», має місце прихована агресія, нетерпимість до критики у свою адресу, високий рівень тривожності та недовіри до інших людей, наявність незадоволених (фрустрованих) потреб.

## ВИСНОВКИ

### Проведене дослідження дає змогу зробити такі висновки:

1. У сучасній науці концепція базових переконань розвивається на перетині багатьох наук: соціальної, когнітивної, клінічної психології, психології смислу, психології мотивації тощо. Базові переконання відіграють значущу роль у побудові особистістю власного життя, фактично зумовлюючи вибір нею життєвих стратегій, як конструктивних, так і деструктивних, одною з яких є зловживання алкоголем.

2. Емпіричне дослідження базових переконань жінок, залежних від алкоголю, довело, що основою їх взаємин зі світом є низький рівень довіри до нього, відчуття його небезпечності і хаотичності, відсутність віри у справедливість світобудови. Низькою є й довіра до оточуючих людей: вони переважно сприймаються як ворожі і неприємні. Поєднання вище наведених характеристик з відчуттям малоцінності власного «Я» сприяє актуалізації тривоги та депресії і пошуку способів їх зменшення, головним з яких стає зловживання алкоголем та відчуження від людей і від власного життя. Соціальні невдачі, які стають наслідками такої аутодеструктивної поведінки, остаточно руйнують ідентичність жінки, що проявляється у відмові від самореалізації та власної відповідальності за своє життя.

3. Враховуючи зв'язок базових переконань зі здатністю людини долати та інтегрувати в процесі життя складний, об'єктивно і суб'єктивно травматичний досвід, було досліджено ключові параметри життєстійкості у жінок, залежних від алкоголю, та здійснено порівняльний аналіз отриманих показників з представниками контрольної групи – жінками, що не мають проблем з алкоголем. Аналіз показників довів наявність в жінок, залежних від алкоголю, низького рівню їх залучення у власне життя та порушення здатності до здійснення оптимального контролю над ним, який пов'язаний з цілеспрямованою вольовою активністю і відповідальністю за свої дії та

вчинки. Інтегральний показник життєстійкості в них значно нижче норми, що вказує на дефіцит ресурсів, необхідних для подолання складних життєвих ситуацій. У поєднанні з високими показниками захисного контролю це вказує на виражене в них намагання уникнути будь-яких змін у житті за рахунок звернення до зручних і звичних способів соціальної поведінки. На відміну від жінок, залежних від алкоголю, жінки контрольної групи мають нормативні показники залучення у власне життя, що співвідноситься з їх здатністю до оптимального контролю над ним; їх здатність до цілепокладання та вольової поведінки в ситуаціях невизначеності формує достатню стійкість перед ними, отже і інтегральний показник життєстійкості в них розташований у межах норми.

4. Дослідження базових переконань жінок, залежних від алкоголю, у поєднанні із смисловою динамікою їх життя, яка забезпечується певними смислотвірними процесами, довело, що середні показники рефлексивності і негативності досліджуваних жінок у два рази перевищують нормативні. Це вказує на те, що їх смислова динаміка гальмується схильністю до надмірної рефлексії і обмежується виключно вимогами актуальної життєвої ситуації. Низький відсоток категорій децентрації вказує на надмірне зосередження на власних почуттях, що заважає їм приєднатися до почуттів інших людей.

Дослідження взаємозв'язків між показниками базових переконань та смислотвірними категоріями досліджуваних жінок довело існування зворотнього зв'язку між *негативністю*, справедливістю світу, його добротою та ступенем довіри до нього; прямий зв'язок – між *негативністю*, захисним контролем і самоконтролем; прямий зв'язок – між *децентрацією*, добротою світу, довірою до нього і цінністю власного «Я»; зворотній – між *децентрацією* і захисним контролем; прямий – між *рефлексивністю* і захисним контролем (на рівні  $P \leq 0,01 - P \leq 0,05$ ). .

5. Наявність актуального конфлікту між бажаними і доступними цінностями заважає жінкам, залежним від алкоголю, відчувати цінність життя та свою власну цінність і стає постійним фруструючим фактором.

Вони не задоволені станом свого здоров'я, мають багато страхів щодо його руйнування алкоголем, хоча цінність здоров'я знаходиться в рейтингу бажаних цінностей на дуже високих позиціях. Дуже важливою та майже зовсім не доступною для них є цінність любові через руйнацію їх психіки алкоголем та алкогольну деградацію особистості, цінність впевненості у собі, цікавої роботи тощо.

Притаманна їм тенденція до знецінення власного «Я», наявність незадоволених потреб, наявність захисних тенденцій в соціальній взаємодії (прихована агресія, нетерпимість до критики у свою адресу, недовіра до інших людей і, одночасно, тенденція до побудови з ними залежних взаємин, що відобразилася у проєктивній методиці «Намалюй людину», заважає їм будувати гармонійні стосунки з іншими. Це розширює розуміння ролі базових переконань у виборі жінками такої аутодеструктивної життєвої стратегії, як зловживання алкоголем та формування алкогольної залежності, яка супроводжується відчуженням від життя та відмовою від прийняття на себе відповідальності за нього.

Отже, проведене дослідження дозволило виявити важливі складові базових переконань жінок, залежних від алкоголю, їх психологічні кореляти та руйнівні тенденції, що формуються у процесі формування залежності від алкоголю. Можемо стверджувати, що алкогольна залежність жінок може бути зумовлена тим, що вони не можуть справитися із власним життям через дисфункційну систему базових переконань.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Алкоголізм: сучасний погляд на стару проблему. – К.: Державна бібліотека України для юнацтва, 2004. - 22 с.
2. Алкоголізм: як вирватися із зачарованого кола / Юрій Кирик. – Львів: Свічадо, 2008. – 128 с.
3. Ахиезер А.С. Культурно-психологические проблемы осмысления и решения переходных процессов / А.С. Ахиезер // Мир психологии. – 2000. – № 3. – С. 38-49.
4. Арипова А.І., Фельдман М.Б. Экспресс-диагностика некоторых личностных свойств больных алкоголизмом // Мед. журнал Узбекистана. - 1990. - №4. - С.55-58.
5. Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия: Методическое пособие. – СПб: Изд-во «Речь», 2000. – 220 с.
6. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. - М.: Медицина, 1987. - 336с.
7. Берн Ерик. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. – СПб: Лениздат, 1992. – 400 с.
8. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: Мысль, 1988. - 302с
9. Бурно М.Е. О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.: 14.00.45. - М., 1969. - 30с.
10. Бурно М.Е. Органическая психопатия и акцентуация, как почва для алкоголизма // Проблемы алкоголизма. - Душанбе, 1989. - С.52-53.
11. Блейхер В.М. Типология особенностей личности больных алкоголизмом // Алкоголизм: Сб. науч. тр. – М., 1995. – С 114 – 117.
12. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности. – К., Здоров'я, 1989. – 163с.
13. Бьюдженталь Д. Наука быть живым / Джеймс Бьюдженталь. – М.: Класс, 1998. – 336 с.
14. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная психотерапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. – С.91.
15. Виленский О.Г. О различных формах изменений личности при хроническом алкоголизме // Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма. - Вологда: Сев.-Запад. книжное изд-во, 1972. - С.291-292.
16. Дмитриева Т.Н. Формирование алкогольной зависимости у подростков с личностью аффективно-возбудимого типа // Журн. невропатологии и психиатрии. – 2000. – Вып. 3. – С.
17. Єрчкова Н.О., Малишко Т.В., Бурова С.О. Удосконалення експрес методики лікування алкоголізму // Клінічна соціальна реабілітація в неврології, психіатрії та наркології: Тез. доп. конф. Клінічна соціальна реабілітація в неврології, психіатрії та наркології. - Х., 1993. - С.160-161.
18. Егоров А. Ю. Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности / А. Ю. Егоров // Вопросы психического здоровья детей и

подростков. – 2002. – № 2. – С. 78–80.

19. Замалиева С. Человек всё решает сам / Снежана Замалиева [Логотерапия и экзистенциальная антропология В.Франкла].– СПб.: Университетская книга, 2012. – 142 с.

20. Калинин И. В. Потеря ценностной основы как причина и следствие кризисной ситуации / И. В. Калинин // Смысл жизни и акме: 10 лет поиска. Материалы 8-10 симпозиумов [Под ред. А. А. Бодалёва, Г. А. Кайзер, Н. А. Карповой, В. Э. Чудновского]. – М.: Смысл, 2004. – 328 с. – С. 146-156.

21. Калитеевская Е. Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию / Елена Ростиславовна Калитеевская // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М.: Смысл, 1997. – 336 с.

22. Короленко Ц.П. Мотивация и формы употребления алкоголя подростками // Клиническая симптоматика алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. - М., 1982. - С.43-50.

23. Короленко Ц.П., Банщиков В.М., Завьялов В.Ю. К вопросу о взаимодействии социальных и биологических факторов в клинике алкоголизма // Соотношение биологического и социального в человеке. - М., 1975. - С.31-39.

24. Кузнецов О.Н., Григорьев Г.И. Патопсихология эмоциональных нарушений при хроническом алкоголизме как основа его массовой эмоционально-эстетической психотерапии // Вестн. гипнологии и психотерапии. - 1991. - №1. - С.23-26.

25. Леонтьев А.Н. Образ мира. / А.Н. Леонтьев // Избранные психологические произведения: В 2 т. - М., 1983. - С. 251-261.

26. Леонтьев Д. А. Методика предельных смыслов / Д. А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1992. – 36 с.

27. Леонтьев Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.

28. Леонтьев Д. А. Самореализация и сущностные силы человека / Д. А. Леонтьев // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М.: Смысл, 1997. – 336 с. – С. 156-176 с.

29. Ліщинська О. Чинники тотальної психологічної залежності / О. Ліщинська // Соціальна психологія. – Київ: Український центр політичного менеджменту, 2004. – № 3 (5). – С.145-149.

30. Лэнгле А. Дотянуться до жизни...Экзистенциальный анализ депрессии [Теория и практика экзистенциального анализа] / Альфريد Лэнгле [Пер. с нем]. – М.: Генезис, 2010. – 128 с.

31. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. / Р.МакМаллин. СПб.: Речь, 2001. - 560с.

32. Марковская Н.С. Структурный и динамический анализ аффективных расстройств при алкоголизме // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1991. - Т.91, вып.2. - С.58-61.

33. Марковская Н.С. Эмоциональная патология в клинике

алкоголізма: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.45. - М., 1993. - 64с.

34. Марковская Н. С. Аффективные расстройства при алкоголизме // Актуальні питання неврології психіатрії та наркології: Матеріали наук.-практ. конф. ( 11-13 вересня 1997 р. – Вінниця, 1997. - С. 193- 196.

35. Маркова М.В., Окара О.Б., Селюкова Т.В. Роль хімічної залежності во внутрішньо-сімейній дезадаптації // Архів психіатрії. – 2000. – 3-4 (22 – 23). - С. 25-26.

36. Мельник Э.В. К вопросу о принципах реабилитации больных с наркологическими заболеваниями // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. – 1999. - №2. – С 29- 31.

37. Методы эффективной психокоррекции: Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко . – Мн.: Харвест, 1999. - 816 с.

38. Милютина Е.Л. Особенности эмоционально-волевой регуляции в условиях внутриличностного конфликта /на примере наркозависимости: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. - К., 1991. - 16с.

39. Милютина Е.Л., Горбань А.Е., Трофимчук Г.Е., Зяткевич Е.Л. Выбор программ воздержания от наркотика в зависимости от личностных особенностей больных с опийной наркоманией // Архів психіатрії. – 2000. – 3-4 (22 – 23). - С. 35-36

40. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии / Пер. с англ. А.Д. Иорданского. – М.: Класс, 1998. – 304 с.

41. Михайлов Б.В., Мартиненко А.О., Сарвір И.М., Маркова М.В. Теоретичні проблеми лікування та профілактики залежності від наркотичних речовин. - Архів психіатрії.- 2000. - №3,4 (22—23). - С. 9 – 10.

42. Международная классификация болезней (10 пересмотр).- Санкт-Петербург: Адис.- 1998.- 303 с.

43. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. - Л.: Медицина Ленингр. отд-ние, 1973. - 368с.

44. Рассказова Е. И. Копинг-стратегии в структуре личностного потенциала / Е. Рассказова, Т. Гордеева // Личностный потенциал: структура и диагностика. – М.: Смысл, 2011. – 680 с. – С. 267-299.

45. Рассказова Е. И. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала / Е. Рассказова, Д. Леонтьев // Личностный потенциал: структура и диагностика. – М.: Смысл, 2011. – 680 с. – С. 178-209.

46. Ромек В. Г. Теория выученной беспомощности / В. Г. Ромек // Журнал практического психолога. – М.: Селигма, 2006. – № 3. – С. 218-235.

47. Савинкина Л. А. Рефлективный механизм саморегуляции психических состояний человека / Л. А. Савинкина // Дисс. канд. психол. наук. – Новосибирск, 2000. – 180 с.

48. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. - М.: Медицина, 1966. - 332с.

49. Стрекалов А. В. Алкоголизм: хитрости и тонкости. – Серия книг «Ваше здоровье». – М.: Бук-пресс, 2006. - 347 с.

50. Сущенко Л.П. Соціальні технології культивування здорового способу життя людини/ Запоріж. держ. ун-т. - Запоріжжя, 1999.- С.208.

51. Соколова Е.Д. с соавт. Клинические аспекты нарушения психической адаптации. //Психическая адаптация человека в условиях Севера. - Новосибирск, 2003. – 416 с.
52. Татенко В. О. Суб'єкт психічної активності в онтогенезі / В. О. Татенко //Автореф. дисс...докт. псих. наук. – Київ, 1997. – 44 с.
53. Титаренко Т. М. Испытание кризисом. Одиссея преодоления / Т. М. Титаренко. – К.: Людопринт Україна, 2009. – 277 с.
54. Титаренко Т.М., Ларіна Т.О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. – К.: Марич, 2009. – 76с.
55. Ураков И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм.- М.,1977.- 177с.
56. Франкл В. Страдания от бессмысленности жизни. Актуальная психотерапия [Пер. с англ. С. Панкова] / Виктор Франкл [Пути философии]. – Новосибирск: Сиб. Унив. Изд-во, 2009. – 105 с.
57. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ / Карен Хорни. – М.: Изд. Группа «Прогресс-Универс», 1993. – 480 с.
58. Чудновский В.Э. Становление личности и проблема смысла жизни. Избранные труды / В.Э. Чудновский. - М.: Из-во Моск. Психолого-социального ин-та: Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2006.- 768 с.
59. Шайдукова Л.К., Кузнецов И.Г. Исследование личности больных алкоголизмом на различных этапах заболевания // Казан. мед. журнал. - 1991. - Т.72, №1. - С.32-34.
60. Шайдукова Л. К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин : автореф. дисс. на соискание научн. степени доктора мед. наук / Л. К. Шайдукова. – М., 1996
61. Энтин Г.М. Еще раз к вопросу о стрессопсихотерапии алкоголизма по методу А.Р. Довженко // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1991. - Т.91, вып.2. - С.132-133.
62. Энциклопедия психологических тестов . – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 496 с.
63. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Application of the schema construct // Social Cognition, 1989, vol. 7, P. 113-136.
64. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. N.Y.: Free Press, 1992.
65. Duckert F. Predictive factors for outcome of treatment for alcohol problems / Duckert F. // J. Subst- Abuse.-1993.- Vol. 5, .№ 1.- P. 31-44.
66. Ferenzi S. Alkohol und Neurosen / Ferenzi S. // Bausteine zur Psychoanalyse.- Bern und Stuttgart: H.Huber, 1964.- Bd.1. - S. 145-151.
67. Holder H.D. Effects of alcohol, alone and in combination with medications. Walnut Creek, CA: Prevention Research Center, 1992.
68. Institute of Medicine. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, prevention and treatment. Stratton K, Howe C, Battaglia F, eds. Washington DC, National Academy Press, 1996.

69. Pierani P., Tiezzi S. Addiction and Alcohol Consumption: Evidence from Italian Data. University of Siena, 2007.

70. Sato M., Ohkusa Y. An Empirical Study of Alcoholic Consumption and Labor Productivity in Japan, 2003.