

УДК 159.98:616.89

Канд. психол. наук, доц. В. О. КРАМЧЕНКОВА

СИСТЕМНА СІМЕЙНО-РЕКОНСТРУКТИВНА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ

Харківський національний педагогічний університет
імені Г. С. Сковороди

Подано комплексну програму системної сімейно-реконструктивної психологічної корекції тютюнової адикції, яка дає змогу трансформувати типове для цієї залежності дисфункціональну сімейну систему, сформувати та посилити автономну мотивацію відмови від паління.

Ключові слова: сімейно-реконструктивна психокорекція, сімейна система, тютюнова адикція, мотивація відмови від паління.

У сучасному суспільстві актуальність проблеми тютюнової адиктивної поведінки не викликає сумніву через безумовно шкідливий вплив тютюну на здоров'я курця та оточуючих, з одного боку, та велику поширеність тютюнопаління — з іншого. В Україні кількість курців серед працездатного населення є однією з найвищих серед індустріально розвинених країн світу — близько 40 % [1].

Ключова роль психологічних факторів у механізмі формування тютюнової адикції стимулює вивчення ефективності психотерапевтичних методів корекції цієї залежності та їх розвиток. Доведено результативність психотерапевтичного консультування як окремого методу, так і в поєднанні з фармакологічним лікуванням [2]. Для психологічної корекції тютюнової адикції найчастіше застосовуються методи поведінкової (аверсійні техніки, техніки моделювання поведінки) та когнітивної (техніки виявлення та трансформації негативних установок, що лежать в основі паління) психотерапії, гіпнотичні техніки, аутогенне тренування, методи групової психотерапії [3, 4]. Проте терапія тютюнової адикції та ніотинової залежності все ще недостатньо ефективна.

Згідно із сучасною концепцією психогенезу адиктивних розладів паління виступає не як патологія особистості, а як симптом дисфункції сімейної системи [5]. Трактують тютюнової адиктивної поведінки як частини сімейного функціонування, спрямованого на збереження гомеостазу сім'ї,

зумовлює доцільність психотерапевтичного впливу на сімейну систему курця у процесі комплексної терапії. Сімейна психотерапія використовується у структурі комплексної терапії алкогольної та наркотичної залежності та співзалежності [5, 6]. Спільність механізмів розвитку та фіксації адикцій різних видів відкриває перспективи використання прийомів сімейної терапії у програмах психологічної корекції тютюнової залежності. Отже, розробка та вдосконалення комплексних сімейно-орієнтованих програм психокорекції тютюнової адикції є одним із важливих та актуальних напрямків психологічних досліджень.

Мета цього дослідження — розробка, апробація та аналіз ефективності програми комплексної сімейно-реконструктивної психологічної корекції дисфункціональності сімейної системи як засобу відмови від паління.

У дослідженні взяли участь 129 осіб, які є членами 72 сімей із тютюновою адикцією, до складу яких входить принаймні один курець. Було сформовано дві групи:

— основна група (ОГ) складалася з 93 курців та членів їх сімей, у яких застосовувалася програма системної сімейної психокорекції. Програма включала два напрямки психологічної допомоги — корекцію сімейного функціонування методами сімейної системної й групової психотерапії та психокорекцію паління когнітивно-поведінковими методами;

— контрольна група (КГ) сформована з 36 курців, які отримали психологічну корекцію паління за допомогою когнітивно-поведінкових методів.

Розподіл по групах здійснювався на підставі зацікавленості членів родин у сімейній психокорекції, а також у міру усвідомлення сімейних проблем, пов'язаних із палінням. У структурі моделі психологічних інтервенцій були використані принципи системної сімейної, когнітивно-поведінкової та групової психотерапії.

Застосування сімейно-групової моделі психокорекційної роботи зумовлене: розглядом тютюнової адикції як симптому сімейної дисфункції, що визначає необхідність роботи із цілісною сімейною системою; наявністю типових проблем сімей із тютюновою адикцією, які потребують психологічної допомоги; більшою ймовірністю подолання опору щодо корекції, зниженням ризику відмови від участі у програмі та попередженням зриву за умов залучення до роботи усієї сім'ї; емоційністю сімейних стосунків, що дає змогу використовувати взаємну емоційну підтримку членів сім'ї як психотерапевтичний ресурс; більшою ефективністю групової та сімейної психотерапії порівняно з індивідуальною у терапії адиктивних розладів.

У дослідженні ефективності психокорекційної програми використовувалися методика FACES-III (тест Д. Х. Олсона), що дає змогу визначити інтегральні характеристики функціонування сімейної системи [7], та опитувальник «Мотивація відмови від паління», який націлений на виявлення компонентів мотивації відмови від паління [8]. Статистична обробка даних проводилася за допомогою критерію χ^2 Пірсона та t -критерію Стьюдента для залежних та незалежних вибірок.

Розроблена комплексна програма сімейно-реконструктивної психологічної корекції тютюнової адикції спрямована на реструктуризацію сімейної системи, оптимізацію сімейної взаємодії і корекцію деструктивних поведінкових патернів на підставі оцінки системно-сімейних та індивідуально-психологічних особливостей членів сімей із тютюновою адикцією.

Системними цілями сімейної психокорекційної роботи при тютюнової адикції є:

— трансформація уявлень членів сім'ї про тютюнопаління від індивідуально-особистісного до системного підходу;

— зменшення резистентності (опору) сімейної системи щодо змін у функціонуванні;

— визначення системно-сімейних факторів, що підтримують, посилюють або зменшують адиктивну поведінку;

— реконструкція сімейної структури, ієрархії, ролей, правил, зовнішніх, підсистемних та

персональних меж, корекція різних форм ієрархічної невідповідності;

— поліпшення системи сімейної комунікації, корекція комунікативних сімейних порушень, розвиток адекватних форм сімейного та індивідуального копінгу;

— переривання дисфункціональних стереотипів взаємодії, що є стабілізаторами тютюнової адиктивної поведінки;

— трансформація неадекватного «образу сім'ї», розвіювання сімейних міфів;

— корекція форм емоційного залучення членів сім'ї у симптоматичну поведінку (паління);

— створення альтернативних моделей вирішення проблеми через пряме та непряме втручання.

Для успішної психологічної корекції тютюнопаління доцільно використовувати такі напрямки впливів: діагностичний (індивідуальний та системно-сімейний), індивідуальної психокорекції ваблення до тютюну та неадекватних соціально-психологічних стереотипів, системної корекції сімейної дисфункції, розвитку адекватних способів сімейного копінгу та підтримки конструктивного сімейного функціонування.

Запропонована комплексна програма сімейно-реконструктивної психологічної корекції тютюнової адикції передбачає трансформацію сімейної психодинаміки. Вона розрахована на 64 год психологічної роботи, що реалізується протягом 6 міс, з інтенсивністю, обумовленою завданнями етапу та можливостями сім'ї. Програма включає підготовчий, основний, завершальний та підтримуючий етапи (табл. 1).

Підготовчий етап має на меті залучення сім'ї у психокорекційну роботу, формування мотивації щодо участі у програмі, повідомлення організаційних рамок реалізації програми, визначення та конкретизацію психотерапевтичного запиту, створення атмосфери психологічної безпеки та установки на спільну діяльність.

Основний етап, який включає два змістовних блоки — діагностичний та трансформаційний, визначається чергуванням та паралельною реалізацією системно-сімейного та особистісного напрямків психологічного впливу, що передбачає застосування методів системної сімейної та групової терапії із формуванням окремих груп для курців та членів їх сімей. Загальною метою основного етапу є виявлення індивідуально-психологічних та сімейних факторів тютюнопаління, системних функцій паління, інтраперсональних, інтерперсональних та сімейних потреб, що «задовольняють» паління, встановлення особистісних, сімейних та середовищних ресурсів подолання тютюнової адикції, розв'язання сімейного та внутрішньоособистісного конфліктів, формування та розвитку

Таблиця 1

Структура програми комплексної сімейно-реконструктивної психологічної корекції тютюнової адикції

Організаційні етапи	Змістові блоки	Напрями та зміст роботи	
Підготовчий	Мотиваційно-орієнтаційний	Залучення сім'ї та мотивування до психокорекційної роботи	
Основний	Діагностичний	Сімейно-системний напрям	Виявлення та усвідомлення зв'язку адикції з порушеннями сімейної системи
		Особистісний напрям	Виявлення та усвідомлення індивідуально-психологічних та соціально-психологічних особливостей, що пов'язані з тютюновою адиктивною поведінкою (власною та оточуючих)
	Трансформаційний	Сімейно-системний напрям	Вирішення сімейного конфлікту
		Особистісний напрям	Вирішення внутрьошноособистісного конфлікту
Завершальний	Рефлексивний	Сімейно-системний напрям	Корекція дисфункціональності сімейної системи
		Особистісний напрям	Формування конструктивних моделей мислення та поведінки
Підтримуючий	Підтримуючий	Підтримання адаптивного сімейного функціонування та актуалізація установки до використання набутих якостей	

адаптивних індивідуальних та сімейних копінг-стратегій, реконструкція функціонування сім'ї.

Завершальний етап передбачає рефлексію психокорекції та закріплення позитивних змін, він спрямований на системно-сімейну роботу. У рамках цього етапу реалізується діагностика ефективності психокорекції, визначення лінії подальшої роботи та підвищення мотивації до неї.

Підтримуючий етап спрямований на фіксацію адаптивного сімейного функціонування та актуалізацію установки до використання нових моделей поведінки та нового «образу сім'ї» у природних сімейних умовах. Ці завдання реалізуються завдяки можливості сім'ї брати участь в обговоренні життєвих подій та їх впливу на реконструйовану сімейну систему. На даному етапі протягом двох місяців застосовуються методи системної сімейної психотерапії із частотою сесій двічі на місяць тривалістю одна година.

Основними прийомами, що застосовувалися в корекційній програмі, є психодіагностичні техніки, освітні повідомлення з питань тютюнопаління, дискусії, циркулярне інтерв'ю та нове визначення симптому, психогімнастичні вправи, аналіз сімейного трикутника, рольові ігри, моделювання комунікації, зміна послідовності комунікативних актів, що зберігають проблему, афективна конфронтація, розігрування патернів взаємодії, використання моделей, техніки поведінкового обміну, когнітивні техніки пошуку винятків із правил та

очікування змін, прямі та парадоксальні завдання, градуальні та темпоральні питання, психодрама-тичні та когнітивно-афективні техніки.

У циркулярній моделі Д. Х. Олсона [7], яка використовувалася для визначення сімейного функціонування, виділяється дві осі, що зумовлюють тип сімейної структури: згуртованість, яка характеризує емоційне прийняття членами сім'ї одне одного, та адаптація (гнучкість), що описує характер регуляції сімейних взаємин. Д. Х. Олсон поділяє згуртованість та адаптацію (гнучкість) на чотири рівні: дуже низький, низький до помірного, помірний до високого і надмірно високий. Оптимальному сімейному функціонуванню відповідають низький до помірного та помірний до високого рівні згуртованості (роздільний, об'єднаний) і адаптації (структурований, гнучкий). Функціональність таких сімейних структур обумовлена балансом емоційної близькості та достатньої для особистісного розвитку автономії, з одного боку, стабільністю внутрішнього простору сім'ї, ролей та правил і адаптаційною пластичністю — з іншого. Дисфункціональність сім'ї виявляється у дуже низькому або дуже високому рівнях згуртованості (роз'єднаний, заплутаний) та адаптації (ригідний, хаотичний).

На початку психокорекційної роботи характеристики функціонування сімейних систем ОГ та КГ не мали достовірних відмінностей за показниками сімейної згуртованості ($\chi^2_{\text{емп}} = 0,452$,

$p > 0,05$) та сімейної адаптації ($\chi^2_{\text{емп}} = 0,048$, $p > 0,05$).

На початку психокорекційної роботи роздільний рівень сімейної згуртованості виявлено у 29,0% обстежених ОГ та 30,5% — КГ, об'єднаний — у 14,0 та 11,1% відповідно. При занадто високому рівні (заплутаному) згуртованості сім'ї характеризуються крайнощами у вимозі емоційної близькості та лояльності, низьким ступенем особистісної автономії, недостатністю особистого простору, зниженням здатності до самостійних рішень та діяльності. Такий рівень згуртованості не є типовим для обстежених родин із тютюновою адиктивною поведінкою (1,1% в ОГ; 5,8% — в КГ). Занадто низький рівень згуртованості (роз'єднаний), який виявлено у переважній більшості обстежених (55,9% випадків в ОГ та 55,6% — в КГ), характеризує протилежну крайність — члени сім'ї вкрай дистанційовані, мають труднощі у наданні взаємної підтримки, узгодженні дій та спільному вирішенні життєвих проблем (табл. 2).

Збалансована сімейна адаптація структурованого рівня на початку психокорекційної роботи траплялася у 5,4% обстежених ОГ та 5,6% — КГ. Функціональний гнучкий рівень сімейної адаптації зафіксовано у 26,9% опитуваних ОГ та 25,0% — ГП, дуже низький (ригідний) рівень сімейної гнучкості, виявлений у 5,4% обстежених ОГ та у 5,6% — ГП, що характеризує недостатність адаптаційного потенціалу сім'ї внаслідок надмірної ієрархізованості, жорсткості розподілу сімейних ролей, прав та обов'язків, незмінності правил та стандартів взаємодії, незважаючи на ситуацію. Надмірно високий (хаотичний) рівень сімейної адаптації, який домінує в обох групах (62,3 та 63,8% відповідно), є проблемним, оскільки такі сім'ї мають нестійке та обмежене управління, виявляють непослідовність та імпульсивність рішень,

недостатність ролевих вимог, сімейних правил та стандартів взаємодії, що приводить до непередбачуваності сімейної ситуації та утруднює сімейний та індивідуальний копінг. У цілому сімейні системи на початку психокорекції характеризувалися дисфункціональністю взаємодії. Домінантним типом сімейної згуртованості виявився роз'єднаний, сімейної адаптації — хаотичний (табл. 2).

Після реалізації психокорекційної програми зафіксовано достовірні відмінності параметрів сімейної згуртованості ($\chi^2_{\text{емп}} = 35,016$, $p < 0,01$) та адаптації ($\chi^2_{\text{емп}} = 95,213$, $p < 0,01$) між групами. Отримані дані свідчать, що реалізація програми сімейно-реконструктивної психологічної корекції тютюнової адикції у повному обсязі, на відміну від корекційної роботи лише з курцем, приводить до значних змін у системі сімейного функціонування. Частота роз'єданого рівня сімейної згуртованості в обстежених із ОГ значно зменшилася, роздільного та об'єданого — збільшилася, що свідчить про емоційне зближення, лояльність у стосунках, розвиток здатності до взаємної підтримки, емоційного обміну, спільного обговорення та вирішення проблем. Зменшилася також частота хаотичного рівня сімейної адаптації, здебільшого за рахунок підвищення гнучкого та структурованого рівнів, що свідчить про стабілізацію ролей, правил, стандартів взаємодії та внутрішньосімейного простору в цілому (табл. 2).

Отже, в результаті психокорекційної роботи в обстежених ОГ дисфункціональний роз'єднаний — хаотичний тип сімейної системи трансформується у збалансований роздільний — гнучкий. Такий тип сімейної системи характеризується поєднанням особистісної незалежності з емоційними зв'язками усередині сім'ї, достатньою стабільністю ролей, правил, стандартів взаємодії при збереженні можливості змін, адекватних ситуації.

Таблиця 2

Функціонування сімейних систем

Рівні інтегральних показників сімейного функціонування		Частота за групами, абс. ч. (%)			
		ОГ, n = 93		КГ, n = 36	
		до корекції	після корекції	до корекції	після корекції
Згуртованість	Роз'єднаний	52 (55,9)	7 (7,5)	20 (55,6)	19 (52,8)
	Роздільний	27 (29,0)	51 (54,8)	11 (30,5)	12 (30,3)
	Об'єднаний	13 (14,0)	34 (36,6)	4 (11,1)	5 (13,9)
	Заплутаний	1 (1,1)	1 (1,1)	1 (2,8)	0 (0,0)
Адаптація (гнучкість)	Ригідний	5 (5,4)	2 (2,1)	2 (5,6)	2 (5,6)
	Структурований	5 (5,4)	15 (16,1)	2 (5,6)	2 (5,6)
	Гнучкий	25 (26,9)	58 (62,4)	9 (25,0)	10 (27,8)
	Хаотичний	58 (62,3)	18 (19,4)	23 (63,8)	22 (61,0)

За показниками мотивації відмови від паління на початку психокорекційної роботи достовірних відмінностей між групами не було (табл. 3).

Після реалізації психокорекційної роботи мотивація відмови від паління зазнала достовірних змін в обох групах (табл. 3). Мотивація відмови від паління після реалізації психокорекційної програми у повному обсязі набуває рис автономної, тобто базується на потребі бути самодетермінованим, самостійно контролювати свою поведінку та дії, бути гнучким у взаємодії з оточенням, що є прогностично найбільш успішним для відмови від паління. Слід зазначити, що в цій групі істотно знижуються показники екстернальної мотивації відмови від паління, що свідчить про втрату визначальної ролі у регуляції поведінки соціальних винагород або загроз покарання. Поведінковий контроль переміщується зі сфери міжособистісних та соціальних стосунків в особистісну. Власні інтереси та бажання курця стають такими, що ініціюють та підтримують його відмову від паління. Отже, несамодетермінована, слабо усвідомлена, емоційно обумовлена імпульсивна поведінка-звичка трансформується в автономну, внутрішньомотивовану, контрольовану та послідовну поведінку, що пов'язана із прагненням взяти на себе відповідальність за свою поведінку та здоров'я (табл. 3).

У курців, які брали участь в особистісно-орієнтованій когнітивно-поведінковій психологічній корекції, також відбулися мотиваційні зрушення. Значно знизилася амотивація відмови від паління, але це відбулося за рахунок підвищення у першу чергу інтроєктованої та екстернальної мотивації (табл. 3). Інтроєктована мотивація відмови від паління характеризується залежністю поведінки від частково засвоєних соціальних норм, вимог та правил щодо паління. Відмова від паління здійснюється під впливом внутрішніх причин, які мають

контролюючу міжособистісну природу. Інтроєктовані мотиви зумовлені почуттям сорому та провини і пов'язані з уявленням особистості про себе. При домінуванні екстернальної мотивації відмова від паління регулюється соціальними винагородами або загрозою покарання. Визначальним у цьому випадку виступає тиск макро- і мікросоціального середовища, вплив значущих інших. Отже, відмова від паління у курців, які брали участь в особистісно орієнтованій когнітивно-поведінковій психологічній корекції відбувається під впливом частково засвоєних соціальних норм, вимог та правил щодо паління або під тиском макро- і мікросоціального середовища. Тому прогностична успішність відмови від паління у цьому разі пов'язана з мірою прагнення особистості відповідати стандартам суспільства та стабільності дії антиютюнових факторів.

Таким чином, розроблена комплексна програма сімейно-реконструктивної психологічної корекції тютюнової адикції спрямована на реструктуризацію сімейної системи, оптимізацію сімейної взаємодії і корекцію деструктивних поведінкових патернів. Програма включає сімейно-системний та особистісний напрямки психологічного впливу із застосуванням методів системної сімейної та групової терапії. Реалізація цієї програми дає змогу трансформувати дисфункціональну сімейну систему за типом хаотичної роз'єднаної сім'ї у збалансовану, за типом гнучкої розділеної. Проведення психокорекційної роботи когнітивно-поведінковими методами лише з курцями не призводить до достовірних змін у сімейному функціонуванні. Після реалізації психокорекційної програми у повному обсязі мотивація відмови від паління набуває рис автономної, що є прогностично найбільш успішним. У курців, які брали участь в особистісно орієнтованій когнітивно-поведінковій психологічній

Таблиця 3

Мотивація відмови від паління в обстежених основної та контрольної груп

Групи		Показники мотивації відмови від паління (M±δ)			
		автономна	інтроєктована	екстернальна	амотивація
ОГ, n = 93	До корекції	26,69±7,16	31,69±8,39	35,67±9,70	45,19±15,99
	Після корекції	52,64±7,81	34,53±7,89	25,25±5,23	20,25±5,22
	t	-13,508***	-2,285*	5,436***	8,115**
КГ, n = 36	До корекції	29,72±9,42	31,53±8,99	35,19±11,69	45,14±16,97
	Після корекції	33,47±9,78	49,39±11,67	31,92±6,31	25,75±5,56
	t	-4,179***	-7,323***	1,522	6,443***
Достовірність розбіжностей між групами	t _{ОГдо-КГдо}	-1,536	0,081	0,187	0,014
	t _{ОГпісля-КГпісля}	9,189***	-6,329***	-4,882***	-4,325***

* При $p < 0,05$, ** при $p < 0,01$, *** при $p < 0,001$.

корекції домінують інтроектована та екстернальна мотивації відмови від паління, прогностична успішність у цьому разі пов'язана з мірою прагнення особистості відповідати стандартам суспільства та стабільності дії антиютюнових факторів.

Перспективним напрямком подальших досліджень може бути вивчення стійкості сімейних та індивідуальних зрушень, набутих у результаті системної сімейно-реконструктивної психокорекції тютюнової адикції.

Список літератури

1. Наркологія; за ред. І. К. Сосіна, Ю. Ф. Чуєва.— Харків: Колегіум, 2014.— 1500 с.
2. Менделевич В. Д. Синдром залежності: терапія, заснована на доказах / В. Д. Менделевич // Наркологія.— 2014.— № 8.— С. 94–103.
3. Кельин Л. Л. Как самостоятельно избавиться от курения / Л. Л. Кельин, Ю. Л. Мучник, М. С. Прусс.— СПб.: Нева, 2003.— 128 с.
4. Шарахов Ю. А. Психотерапия в комплексном лечении табачной зависимости / Ю. А. Шарахов.— М., 1999.— 226 с.
5. Москаленко В. Д. Зависимость: семейная болезнь / В. Д. Москаленко.— М.: Институт консультирования и системных решений, 2015.— 368 с.
6. Березин С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости / С. В. Березин, К. С. Лищевский, Е. А. Назаров.— М.: МПА, 2001.— 512 с.
7. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская.— СПб.: Речь, 2006.— 352 с.
8. Крамченкова В. О. Психодиагностика мотивации отказа от курения / В. О. Крамченкова, К. І. Фоменко // Наук. вісн. Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія «Психологічні науки».— 2016.— № 1 (16).— С. 105–112.

СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНО-РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ТАБАЧНОЙ АДДИКЦИИ

В. А. КРАМЧЕНКОВА

Представлена комплексная программа системной семейно-реконструктивной психологической коррекции табачной аддикции, которая позволяет трансформировать типичную для данной зависимости дисфункциональную семейную систему, сформировать и усилить автономную мотивацию отказа от курения.

Ключевые слова: семейно-реконструктивная психокоррекция, семейная система, табачная аддикция, мотивация отказа от курения.

SYSTEMIC FAMILY RECONSTRUCTIVE PSYCHOCORRECTION OF TOBACCO ADDICTION

V. O. KRAMCHENKOVA

A complex program of family reconstructive psychological tobacco addiction, which allows transforming the typical for this addiction dysfunctional family system, forming and strengthening the autonomous smoking cessation motivation, is presented.

Key words: family reconstructive psychocorrection, family system, tobacco addiction, smoking cessation motivation.

Надійшла 28.03.2019