

УДК 613.861:616.895:613.816

*К.Д. Гапонов**Харківська медична академія післядипломної освіти***АНАЛІЗ ФЕНОМЕНІВ ВОРОЖОСТІ І ПРОВИНИ
В ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ,
ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ**

Досліджували особливості наявності й вираженості феноменів ворожості і провини у хворих на алкогольну залежність (АЗ) із різним рівнем психосоціального стресу. Для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії зазначених феноменів на її формування й перебіг клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами обстежено 312 чоловіків: 107 комбатантів, 89 вимушено переміщених осіб та 116 осіб – цивільних мешканців м. Харкова і Харківської області. Установлено, що хворим на АЗ різних соціальних груп та з різною вираженістю психосоціального стресу притаманними є наднормово завищений ступінь вираженості ворожості й відчуття провини. Крім того, установлено, що завищений ступінь ворожості є деструктивним патогномонічним для клінічної картини АЗ чинником, що справляє руйнівний вплив на психічний стан і рівень соціального функціонування індивідуума, і не має лінійного зв'язку з рівнем психосоціального стресу, притаманного хворим. Ступінь вираженості відчуття ворожості зворотно співвідноситься з рівнем психосоціального стресу: зі зростанням рівня стресу кількість осіб із підвищеним ступенем відчуття провини зменшується, а найбільш поширеним відчуття провини виявляється в осіб із легким психосоціальним стресом. Дійшли висновку, що феномени ворожості і провини є одночасно предикторами і похідними в структурі АЗ, що створює порочне коло їхніх патологічних взаємовпливів.

Ключові слова: психосоціальний стрес, алкогольна залежність, ворожість, образа, підозрілість, відчуття провини.

Вступ

Із середини ХХ століття у світі проводяться активні дослідження феномена ворожості. Це розпочалось після того, як відомий дослідник цього феномена А. Басс сформулював критерії диференціації на ворожість, агресивність та гнів. При цьому ворожість була визначена ним як приховано-вербальна реакція відношення, яку супроводжують негативні почуття і негативна оцінка людей і подій [1]. Інакше кажучи, ворожість, за думкою А. Басса, є реалізацією когнітивного компонента агресивності, у той час як агресія і гнів – поведінкового й емоційного її компонентів.

У цілому, за думкою А. Басса, «ворожість – це тривале стійке негативне ставлення або система оцінок, що застосовується до оточуючих людей, предметів та явищ» [1]. Відомий дослідник емоцій К. Ізард розглядав ворожість у контексті емоційної некомпетентності особистості та вважав, що ворожість – це «...прихована реакція, яка містить у собі безадресні негативні складові» [2]. Згідно з визначенням В.А. Жмурова, ворожість – це «...якість особистості індивіда сприймати нейтрально або доброзичливо налаштованих до нього людей своїми особистими ворогами, особами, що становлять безпосередню за-

© К.Д. Гапонов, 2018

грозу власній безпеці...» [3]. У сучасному психіатричному словнику надано таке визначення: «Ворожість – феномен, що включає думки, почуття або дії, які є проявами негативно-афективного стану злості» [4].

Але, незалежно від того, як трактувати даний феномен: як прояв когнітивних, афективних або поведінкових патернів особистості, – наразі науковці дискутують щодо ролі ворожості як чинника ризику психосоматичних і психічних захворювань, що не має нозоспецифічності [5–8]. Так, існують доказові дані щодо асоційованості ворожості з розвитком серцево-судинних захворювань (насамперед ішемічної хвороби серця) [9], бронхіальної астми [10], шизофренії, депресії та тривожних розладів [11–15].

Серед причинно-наслідкових зв'язків феномена ворожості з іншими деструктивними психологічними конструктами науковці почасті відмічають зворотню пропорційний лінійний зв'язок із відчуттям провини, яка реалізує аутоагресивні установки індивіда та передбачає переконання його в тому, що він є поганою людиною [16, 17]. Окрім ворожості, відчуття провини також пов'язано з негативним емоційно-ціннісним ставленням до себе, з низькою осмисленістю життя та емоційною нестабільністю [18].

Однак, як не дивно, у науковій літературі практично не зустрічаються дані щодо зв'язку між даним феноменом і хворобами залежності, насамперед розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у яких би розглядалась саме ворожість, а не агресивно-ворожі поведінкові ексцеси в рамках афективного або поведінкового кластерів, що становлять клінічну картину алкогольної залежності (АЗ) [19, 20].

У зв'язку з цим **метою даної роботи** було дослідити особливості наявності й вираженості феноменів ворожості і провини у хворих на алкогольну залежність із різним рівнем психосоціального стресу для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії зазначених феноменів на її формування й перебіг.

Контингент, матеріал і методи

Протягом 2014–2018 років на базі КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер» за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики й деонтології обстежено

312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, які мали досвід участі в бойових діях на Сході України під час проведення Антитерористичної операції і Операції об'єднаних сил; 89 вимушено переміщених осіб з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської областей та 116 осіб – мешканців м. Харкова і Харківської області, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Дослідження проведено з використанням клінічного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів. Алкогольну залежність діагностували за допомогою клініко-психопатологічного методу шляхом проведення клінічного структурованого інтерв'ю відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10. Тяжкість психосоціального стресу вимірювали за однойменною шкалою Л. Рідера [21]. Якісне й кількісне оцінювання феномена ворожості здійснювали з використанням «Опитувальника виміру агресивності й ворожих реакцій А. Басса і Е. Дарки» у адаптації А.А. Хвана, Ю.А. Зайцева та Ю.А. Кузнецова [22].

Статистико-математичний аналіз полягав у формуванні описової статистики й аналізі розбіжностей із використанням непараметричних методів: тесту Манна-Уїтні та точного критерію Фішера.

Результати та їх обговорення

На початку дослідження обстежених кожної з категорій було розподілено на три групи зі слабкою, помірною та тяжкою вираженістю психосоціального стресу. Респондента відносили до групи з низькою, помірною або тяжкою вираженістю психосоціального стресу на підставі аналізу результатів обстеження за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера [21]: у разі, якщо показник за цією шкалою дорівнював до 0,99 бала, обстежуваного відносили до групи з низьким рівнем стресу; у разі, якщо показник перебував у межах 1,00–1,99 бала, – до групи з помірним рівнем стресу; у разі, якщо показник перевищував 1,99 бала, – до групи з тяжким рівнем стресу.

Серед комбатантів виявлено 2 особи з низьким рівнем стресу, 29 – із помірним і 76 – із високим. Із переселенців 9 осіб мали низький рівень стресового реагування, 22 особи – помірний, 58 осіб – високий його рівень. У 24 місцевих мешканців реєстрували низький рівень стресу, у 33 – помірний і 59 – високий його рівень.

Ворожість оцінювали, враховуючи її інтегральний індекс, який, згідно з концепцією авторів методики «Опитувальника виміру агресивності й ворожих реакцій А. Басса і Е. Дарки» Арнольда Басса і Енн Дарки, містить у собі два компоненти: образу й підозрілість, що діагностують за однойменними шкалами методики. За обраним нами варіантом методики в адаптації А.А. Хвана зі співавт., обробка результатів надала можливість не тільки отримати кількісні значення, а й оцінити вираженість як феномена ворожості в цілому, так і його складових [22].

При вивченні першої складової феномена ворожості – образу (табл. 1), яка трактується

реднього ступеня вираженості (підвищену, високу та дуже високу): 51,4 % комбатантів (55 осіб), 60,6 % переселенців (54 особи) та 63,0 % місцевих мешканців (73 особи).

Серед хворих на АЗ із високим рівнем стресового навантаження більшість – 63,7 % респондентів (123 особи) – відчували образу значнішу, ніж середнього ступеня вираженості, а 34,7 % (67 осіб) – середньої її вираженості. Серед пацієнтів із помірним і низьким рівнями психосоціального стресу кількість осіб із середнім та вище середнього ступенями образи не розрізнялась: серед обстежених з помірним рівнем стресу середній ступінь образи відчували 45,3 % (38 осіб), а з легким –

Таблиця 1. Розподіл хворих на АЗ різних соціальних груп залежно від рівня психосоціального стресу та ступеня вираженості схильності до образи за даними опитувальника А. Басса й Е. Дарки в адаптації А.А. Хвана зі співавт.

Ступінь вираженості	Рівень психосоціального стресу								p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	легкий		помірний		високий		всього				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
<i>Комбатанти</i>											
Низький	0	0,0	1	3,4	0	0,0	1	0,9	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	2	100,0	18	62,1	31	40,8	51	47,7	>0,05	>0,05	<0,05
Підвищений	0	0,0	8	27,6	33	43,4	41	38,3	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	0	0,0	2	6,9	8	10,5	10	9,3	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	0	0,0	0	0,0	4	5,3	4	3,8	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Вимушені переселенці</i>											
Низький	0	0,0	1	4,5	2	3,4	3	3,4	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	6	66,7	10	45,5	16	27,6	32	36,0	>0,05	<0,05	>0,05
Підвищений	3	33,3	10	45,5	30	51,8	43	48,2	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	0	0,0	1	4,5	10	17,2	11	12,4	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Місцеві мешканці</i>											
Низький	0	0,0	3	9,1	1	1,7	4	3,4	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	9	37,5	10	30,3	20	33,9	39	33,6	>0,05	>0,05	>0,05
Підвищений	14	58,3	16	48,5	33	55,9	63	54,3	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	0	0,0	2	6,1	4	6,8	6	5,2	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	1	4,2	2	6,0	1	1,7	4	3,5	>0,05	>0,05	>0,05

авторами методики як «почуття, викликане заздрістю й ненавистю до оточуючих, зумовлене гіркотою, гнівом на весь світ за дійсні або уявні страждання» [22], встановлено, що значна кількість обстежених усіх соціальних груп відчували подібні емоції середнього або підвищеного ступенів вираженості: серед комбатантів таких осіб виявлено 47,7 % (51 особа) і 38,3 % (41 особа) відповідно; серед переселенців – 36,0 % (32 особи) і 48,2 % (43 особи) відповідно; серед місцевих мешканців – 33,6 % (39 осіб) і 54,3 % (63 особи) відповідно. Однак у цілому вагомою виявилась кількість осіб, що відчували образу значнішу, ніж се-

реднього ступеня вираженості (підвищену, високу та дуже високу): 48,6 % (17 осіб); образу, виражену вище середнього ступеня, – 48,8 % (41 особа) і 51,4 % (18 осіб) відповідно. Таким чином, можна відмітити деяку тенденцію до підвищення вираженості образи зі зростанням стресового навантаження.

У дослідженні підозрілості, притаманної хворим на АЗ, отримано непересічні результати (табл. 2). Підозрілість, тобто «...негативна реакція недовіри й обережності по відношенню до людей, яка заснована на переконанні, що оточуючі мають намір заподіяти шкоду» [22], підвищеного, високого або дуже високого ступенів виявилась характерною для

Таблиця 2. Розподіл хворих на АЗ різних соціальних груп залежно від рівня психосоціального стресу та ступеня вираженості схильності до підозрливості за даними опитувальника А. Басса й Е. Дарки в адаптації А.А. Хвана зі співавторів.

Ступінь вираженості	Рівень психосоціального стресу								p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	легкий		помірний		високий		всього				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
<i>Комбатанти</i>											
Низький	0	0,0	0	0,0	3	3,9	3	2,8	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	1	50,0	0	0,0	5	6,6	6	5,6	>0,05	>0,05	>0,05
Підвищений	1	50,0	12	41,4	23	30,3	36	33,6	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	0	0,0	5	17,2	22	28,9	27	25,2	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	0	0,0	12	41,4	23	30,3	35	32,8	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Вимушені переселенці</i>											
Низький	0	0,0	0	0,0	2	3,4	2	2,2	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	1	11,1	3	13,6	1	1,7	5	5,6	>0,05	>0,05	>0,05
Підвищений	6	66,7	9	40,9	19	32,8	34	38,2	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	2	22,2	4	18,2	12	20,7	18	20,2	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	0	0,0	6	27,3	24	41,4	30	33,8	>0,05	<0,05	>0,05
<i>Місцеві мешканці</i>											
Низький	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	5	20,8	2	6,1	3	5,1	10	8,6	>0,05	>0,05	>0,05
Підвищений	13	54,2	7	21,2	27	45,8	47	40,5	<0,05	>0,05	<0,05
Високий	5	20,8	11	33,3	9	15,3	25	21,6	>0,05	>0,05	<0,05
Дуже високий	1	4,2	13	39,4	20	33,8	34	29,3	<0,01	<0,01	>0,05

переважної більшості обстежених: 91,8 % комбатантів (98 осіб), 92,2 % (82 особи) переселенців та 91,4 % місцевих мешканців (106 осіб).

При цьому варто відмітити, що, на відміну від розподілу вираженості образи, дуже високий ступінь вираженості підозрливості притаманний значній кількості респондентів: 32,8 % комбатантів (35 осіб), 33,8 % переселенців (30 осіб) та 29,4 % місцевих мешканців (34 особи). Крім того, цікавим виявився розподіл ступенів вираженості підозрливості в амплітуді вище середнього: значна кількість осіб із підвищеним її ступенем (33,6 % комбатантів, 38,2 % переселенців та 40,5 % місцевих мешканців), менша – з високим (25,2; 20,2 та 21,6 % відповідно) і знов збільшення кількості осіб з дуже високим ступенем (32,8; 33,8 та 29,4 % відповідно). Низький ступінь підозрливості виявлено у 5 осіб: 3 комбатантів (2,8 %) та 2 переселенців (2,3 %); середній ступінь – у 6 комбатантів (5,6 %), 5 переселенців (5,6 %) та 10 місцевих мешканців (8,6 %).

Проаналізувавши вираженість проявів підозрливості залежно від рівня психосоціального стресу, ми довели, що серед хворих на АЗ із високим його рівнем підвищений, високий та дуже високий ступені підозрливості зустрічались у 92,7 % випадків (179 осіб), із помірним стресом – у 94,0 % випадків (79 осіб),

із легким стресом – у 80,0 % випадків (28 осіб). Відмічено значну кількість осіб, у яких деструктивні патерни підозрливості були дуже високої вираженості: серед респондентів із високим рівнем стресу таких було 37,4 % (67 осіб), із них 23 комбатанти (33,8 % від загальної кількості осіб даної соціальної групи з високим стресом і вираженістю підозрливості вище середньої), 24 переселенці (43,6 % осіб відповідно) і 20 місцевих мешканців (35,7 % осіб відповідно); серед пацієнтів з помірним рівнем стресу – 39,2 % (31 особа), із них 12 комбатантів (41,4 % від загальної кількості осіб даної соціальної групи з помірним стресом і вираженістю підозрливості вище середньої), 6 переселенців (31,6 % осіб відповідно) та 13 місцевих мешканців (41,9 % осіб відповідно).

Таким чином, встановлено, що превалююча більшість хворих на АЗ незалежно від рівня випробовуваного стресу відчували підозрливість вище середнього ступеня вираженості. На нашу думку, це можна пояснити специфікою клінічної картини АЗ.

При дослідженні феномена ворожості виявлено подібні закономірності (табл. 3). На нашу думку, стрижневим радикалом феномена ворожості є стійке перманентне неконтейноване відчуття індивідом негатива інтра- й інтеріндивідного спрямування, що базується на відчуттях образи на навколишній світ і

Таблиця 3. Розподіл хворих на АЗ різних соціальних груп залежно від рівня психосоціального стресу та ступеня вираженості індексу ворожості за даними опитувальника А. Басса й Е. Дарки в адаптації А.А. Хвана зі співавт.

Ступінь вираженості	Рівень психосоціального стресу								p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	легкий		помірний		високий		всього				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
<i>Комбатанти</i>											
Середній	2	100,0	2	6,9	8	10,5	12	11,2	<0,05	<0,05	>0,05
Підвищений	0	0,0	26	89,7	53	69,7	79	73,8	<0,05	<0,05	<0,05
Високий	0	0,0	1	3,4	11	14,5	12	11,2	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	0	0,0	0	0,0	4	5,3	4	3,8	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Вимушені переселенці</i>											
Середній	3	33,3	4	18,2	6	10,3	13	14,6	>0,05	>0,05	>0,05
Підвищений	6	66,7	16	72,7	40	69,0	62	69,7	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	0	0,0	2	9,1	12	20,7	14	15,7	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Місцеві мешканці</i>											
Середній	5	20,8	4	12,1	7	11,9	16	13,8	>0,05	>0,05	>0,05
Підвищений	18	75,0	23	69,7	42	71,2	83	71,6	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	0	0,0	2	6,1	9	15,3	11	9,5	>0,05	<0,05	>0,05
Дуже високий	1	4,2	4	12,1	1	1,6	6	5,1	>0,05	>0,05	>0,05

підозрілості щодо його недоброзичливості до себе, із яким він існує тривалий час.

Серед хворих на АЗ кількість осіб, що перебувала в зазначеному стані з вираженістю вищою, ніж середній її ступінь, була приголомшливо значною: індекс ворожості підвищеного, високого або дуже високого ступенів було діагностовано у 88,8 % комбатантів (95 осіб), 85,4 % переселенців (76 осіб) та 86,2 % місцевих мешканців (100 осіб).

Серед обстежених із високим рівнем психосоціального стресу пацієнтів із ворожістю вище середньої вираженості було 89,1 % (172 особи), із помірним стресом – 88,0 % (74 особи), із легким стресом – 71,4 % (25 осіб). Отже, значна ворожість була притаманна переважній більшості респондентів незалежно від рівня стресового навантаження.

Із урахуванням клініко-психологічного змісту феномена ворожості треба зазначити, що навіть середній ступінь його вираженості є патогенним для особистості, а вираженість вище середнього є деструктивним чинником, що чинить руйнівний вплив на психічний стан і рівень соціального функціонування індивідуума. Відмічено, що в той самий час ворожість виявилась патогномонічною для клініко-психопатологічної картини АЗ, не продемонструвавши зв'язку з рівнем психосоціального стресу, що випробувували хворі.

За даними аналізу розподілу показників відчуття провини серед хворих на АЗ (табл. 4),

вираженість вище середнього ступеня (підвищена, висока, дуже висока) виявилась характерною для 84,1 % комбатантів (90 осіб), 93,3 % переселенців (83 особи) та 85,3 % місцевих мешканців (99 осіб). При цьому комбатантам були менш притаманні низькі та дуже високі ступені вираженості почуття провини, у вимушених переселенців однаково часто виявлялись високі та дуже високі ступені, а у переважній більшості обстежених місцевих мешканців виявлено підвищені та високі ступені почуття провини.

Серед пацієнтів із високим рівнем психосоціального стресу відчували провину вище середнього ступеня вираженості 82,9 % респондентів (160 осіб), із помірним стресовим навантаженням – 91,7 % (77 осіб), із легким стресом – 97,1 % (34 особи).

Зазначимо, що наявність вище ніж середнього відчуття провини в більшості пацієнтів усіх соціальних груп та з будь-яким рівнем випробуваного ними психосоціального стресу свідчить про те, що цей деструктивний психологічний феномен інтегрований у структуру залежної поведінки й асоційований із психопатологічними проявами АЗ та не пов'язаний із психотравматичним досвідом, отриманим респондентами.

Крім того, можна відмітити, що серед хворих на АЗ із високим рівнем стресового навантаження зафіксовано меншу кількість осіб, які відчували виражений ступінь власної про-

Таблиця 4. Розподіл хворих на АЗ різних соціальних груп залежно від рівня психосоціального стресу та ступеня вираженості почуття провини за даними опитувальника А. Басса й Е. Дарки в адаптації А.А. Хвана зі співавторами.

Ступінь вираженості	Рівень психосоціального стресу								p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	легкий		помірний		тяжкий		всього				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
<i>Комбатанти</i>											
Низький	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	0	0,0	4	13,8	13	17,1	17	15,9	>0,05	>0,05	>0,05
Підвищений	1	50,0	13	44,8	31	40,8	45	42,1	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	1	50,0	9	31,0	22	28,9	32	29,9	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	0	0,0	3	10,4	10	13,2	13	12,1	>0,05	>0,05	>0,05
<i>Вимушені переселенці</i>											
Низький	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,1	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	0	0,0	1	4,5	4	6,9	5	5,6	>0,05	>0,05	>0,05
Підвищений	7	77,8	10	45,5	26	44,8	43	48,3	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	2	22,2	1	4,5	17	29,3	20	22,5	>0,05	>0,05	>0,05
Дуже високий	0	0,0	10	45,5	10	17,3	20	22,5	<0,05	<0,05	<0,05
<i>Місцеві мешканці</i>											
Низький	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	0,9	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	0	0,0	2	6,1	14	23,7	16	13,8	>0,05	<0,01	<0,05
Підвищений	13	54,2	17	51,5	24	40,7	54	46,6	>0,05	>0,05	>0,05
Високий	10	41,7	5	15,2	10	16,9	25	21,6	<0,05	<0,05	>0,05
Дуже високий	1	4,1	9	27,2	10	17,0	20	17,1	<0,05	>0,05	>0,05

вини, ніж серед пацієнтів із меншим стресом. Отже, можемо говорити про зворотну тенденцію: при високому рівні стресу кількість осіб із підвищеним ступенем відчуття провини є меншою, ніж при помірному, та ще меншою, ніж при легкому.

Висновки

1. Хворим на алкогольну залежність різних соціальних груп та з різною вираженістю психосоціального стресу притаманними є наднормово завищений ступінь вираженості ворожості й відчуття провини.

2. У структурі феномена ворожості в пацієнтів із алкогольною залежністю мають місце розбіжності в поширеності і вираженості її складових.

- Вища ніж середня вираженість образи виявляється у 58,3 % осіб, а підозрілості – у 91,7 %.

- Серед пацієнтів із наднормово вираженою образою переважно більшість становлять особи з підвищеним її ступенем, у той час як спостерігається значна кількість осіб з підвищеним, високим та дуже високим ступенями підозрілості.

- Вираженість образи прямо співвідноситься з вираженістю психосоціального стресу (підвищення вираженості образи відбувається зі зростанням стресового навантаження).

- Вираженість підозрілості не співвідноситься з рівнем психосоціального стресу і є високою при будь-якому рівні стресового навантаження.

3. Завищений ступінь ворожості є деструктивним патогномонічним для клінічної картини алкогольної залежності чинником, що справляє руйнівний вплив на психічний стан і рівень соціального функціонування індивідуума і не має лінійного зв'язку з рівнем психосоціального стресу, притаманного хворим.

4. Ступінь вираженості відчуття ворожості зворотно співвідноситься з рівнем психосоціального стресу: зі збільшенням рівня стресу кількість осіб із підвищеним ступенем відчуття провини зменшується, а найбільш поширеним відчуття провини виявляється в осіб із легким психосоціальним стресом.

5. У зв'язку з тим, що в більшості пацієнтів усіх соціальних груп та з будь-яким рівнем випробуваного ними психосоціального стресу мають місце зависокі показники ворожості й відчуття провини, та з урахуванням їхнього деструктивного впливу на вираженість проявів алкогольної залежності зазначені феномени можна вважати одночасно предикторами й похідними алкогольної залежності, що створює, таким чином, порочне коло патологічних взаємовпливів.

Виявлені закономірності необхідно врахувати при розробці лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів осіб, що страждають на алкогольну залежність. У зв'язку з цим **перспективою подальших досліджень** є створення системи таргетно персоналізованих ліку-

вально-реабілітаційних і профілактичних заходів з урахуванням стрижнево-патопластичної дії ворожості й відчуття провини на алкогольну залежність і впровадження її в існуючу комплексну систему надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на алкогольну залежність.

Список літератури

1. *Басс А.* Психология агрессии / А. Басс // Вопросы психологии. – 1967. – № 3. – С. 60–67.
2. *Изард К.* Эмоции человека / К. Изард, [пер. с англ. Д. В. Ольшанский, С. В. Квасовец]. – М. : МГУ, 1980. – 440 с.
3. *Жмуров В. А.* Большая энциклопедия по психиатрии / В. А. Жмуров. – М. : Джангар, 2010. – 864 с.
4. Психиатрический словарь / В. С. Первый, В. Ф. Сухой, Е. Г. Гриневич, М. В. Маркова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2013. – С. 122.
5. *Leiker M.* A link between hostility and disease: Poor health habits? / M. Leiker, B. J. Hailey // Behavioral medicine. – 1988. – Vol. 3. – P. 129–133.
6. *Smith T. W.* Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis / T. W. Smith // Health Psychology. – 1992. – Vol. 11. – P. 139–150.
7. *Ениколопов С. Н.* Враждебность и проблема здоровья человека / С. Н. Ениколопов, А. В. Садовская // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2000. – № 7. – С. 59–64.
8. *Ениколопов С. Н.* Враждебность в клинической и криминальной психологии / С. Н. Ениколопов // Национальный психологический журнал. – 2007. – № 1 (2). – С. 33–39.
9. *Williams R. B. Jr.* The health consequences of hostility / R. B. Jr. Williams, J. C. Barefoot, R. B. Shekelle // Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders / ed. by M. A. Chesney, R. H. Rosenman. – Washington, DC : Hemisphere, 1985. – P. 173–185.
10. *Охматовская А. В.* Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (Бронхиальная астма) : дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / Охматовская Анна Владимировна. – М., 2001. – 120 с.
11. *Epstein S.* The self-concept revised, or a theory of a theory / S. Epstein // American Psychologist. – 1973. – Vol. 28. – P. 404–416.
12. Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia / G. A. Fava, S. Grandi, C. Rafanelli [et al.] // Journal of Affective Disorders. – 1993. – Vol. 29 (4). – P. 213–217.
13. *Blackburn I. M.* The pattern of hostility in affective illness / I. M. Blackburn // British Journal of Psychiatry. – 1974. – Vol. 125. – P. 141–145.
14. Hostility in depression / J. K. Moreno, M. J. Selby, A. Fuhriman, G. D. Laver // Psychol. Rep. – 1994. – Vol. 75, issue 3. – P. 1391–1401.
15. *Кузнецова С. О.* Психологические особенности враждебности при шизофрении и аффективных расстройствах / С. О. Кузнецова, С. Н. Ениколопов // Психиатрия. – 2007. – № 1 (25). – С. 35–39.
16. *Бурлачук Л. Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер, 1999. – С. 19.
17. *Соколова Э. А.* Психологические проблемы человека и социальной группы / Э. А. Соколова. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2012. – 232 с.
18. *Ананова І. В.* Особистісні особливості, що визначають схильність до переживання почуття провини / І. В. Ананова, І. В. Ващенко // Проблеми сучасної психології : Збірник наукових праць КІНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – 2016. – Вип. 34. – С. 31–45.
19. *Маркозова Л. М.* Уровень враждебности и агрессивности как критерий качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью [Электронный ресурс] / Л. М. Маркозова, Л. Н. Пайкова // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии : сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. – Киев–Харьков, 2010. – Т. 5. – Режим доступа : <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper062.htm>.

20. Ольхова А. О. Особливості клінічної картини у хворих з ПТСР / А. О. Ольхова, Е. О. Павлічук // Медицина третього тисячоліття : збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків, 22–24 січня 2018 р.). – Харків, 2018. – С. 264–265.

21. Інформаційний лист МОЗ України № 249-2018. Спосіб діагностики клінічної специфіки і прогнозу перебігу алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу / Гапонов К. Д., Сосін І. К., Гончарова О. Ю., Маркова М. В. – К., 2018. – 4 с.

22. Хван А. А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки / А. А. Хван, Ю. А. Зайцев, Ю. А. Кузнецова // Психологическая диагностика. – 2008. – № 1. – С. 35–58.

References

1. Bass A. (1967). *Psikhologhiia ahressii* [Psychology of aggression]. *Voprosy psikhologii – Psychology Issues*, № 3, pp. 60–67 [in Russian].

2. Izard K. (1980). *Emotsii cheloveka* [Human emotions]. D.V. Olshanskii, S.V. Kvasovets (Ed.). (Transl. from English). Moscow: MHU, 440 p. [in Russian].

3. Zhmurov V.A. (2010). *Bolshaia entsyklopediia po psykhiatrii* [Great Encyclopedia of Psychiatry]. Moscow: Dzhhanhar, 864 p. [in Russian].

4. Pervyi V.S., Sukhoi V.F., Hrивevich Ye.H., Markova M.V. (2013). *Psikhiatricheskii slovar* [Psychiatric Dictionary]. Rostov-on-Don: Feniks, pp. 122 [in Russian].

5. Leiker M., Hailey B.J. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits? *Behavioral medicine*, vol. 3, pp. 129–133.

6. Smith T.W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, vol. 11, pp. 139–150.

7. Yenikolopov S.N., Sadovskaia A.V. (2000). Vrazhdebnost i problema zdorovia cheloveka [Hostility and the problem of human health]. *Zhurnal nevrologii i psykhiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, № 7, pp. 59–64 [in Russian].

8. Yenikolopov S.N. (2007). Vrazhdebnost v klinicheskoi i kriminalnoi psikhologii [Hostility in clinical and criminal psychology]. *Natsionalnyi psikhologicheskii zhurnal – National Psychological Journal*, № 1 (2), pp. 33–39 [in Russian].

9. Williams R.B.Jr., Barefoot J.C., Shekelle R.B. (1985). The health consequences of hostility. *Anger and Hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. M.A. Chesney, R.H. Rosenman (Eds.). Washington, DC: Hemisphere, pp. 173–185.

10. Okhmatovskaia A.V. (2001). Psikhologicheskiiie osobennosti vrazhdebnosti u bolnykh s psikhosomaticheskimi zabolivaniiami (Bronkhialnaia astma). [Psychological features of hostility among patients with psychosomatic diseases (Bronchial asthma)]. *Candidate's thesis*. Moscow, 120 p. [in Russian].

11. Epstein S. (1973). The self-concept revised, or a theory of a theory. *American Psychologist*, vol. 28, pp. 404–416.

12. Fava G.A., Grandi S., Rafanelli C., Saviotti F.M., Ballin M., Pesarin F. (1993). Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, vol. 29 (4), pp. 213–217.

13. Blackburn I.M. (1974). The pattern of hostility in affective illness. *British Journal of Psychiatry*, vol. 125, pp. 141–145.

14. Moreno J.K., Selby M.J., Fuhriman A., Laver G.D. (1994). Hostility in depression. *Psychol. Rep.*, vol. 75, issue 3, pp. 1391–1401.

15. Kuznetsova S.O., Yenikolopov S.N. (2007). Psikhologicheskiiie osobennosti vrazhdebnosti pri shizofrenii i affektivnykh rasstroistvakh [Psychological characteristics of hostility in schizophrenia and affective disorders]. *Psykhiatriia – Psychiatry*, № 1 (25), pp. 35–39 [in Russian].

16. Burlachuk L.F., Morozov S.M. (1999). *Slovar-spravochnik po psikhodiagnostike* [Handbook for psychodiagnosics]. St. Petersburg: Piter, pp. 19 [in Russian].

17. Sokolova E.A. (2012). *Psikhologicheskiiie problemy cheloveka i sotsialnoi hruppy* [Psychological problems of a person and a social group]. Homel: HHU im. F. Skoriny, 232 p. [in Russian].

18. Ananova I.V., Vashchenko I.V. (2016). Osobystisni osoblyvosti, sheho vyznachaiut skhylnist do perezhyvannia pochuttia provyny [Personality characteristics that determine the tendency to experience

guilt]. *Problemy suchasnoi psykholohii: zbirnyk naukovykh prats KPNU imeni Ivana Ohienka, Instytutu psykholohii imeni H.S. Kostiuka NAPN Ukrainy – Problems of Modern Psychology: Collection of Scientific Papers of Ivan Ogiienko KPNU, G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine*, issue 34, pp. 31–45 [in Ukrainian].

19. Markozova L.M., Paikova L.N. (2010). Uroven vrazhdebnosti i ahressivnosti kak kriterii kachestva remissii u lits s alkoholnoi zavisimosti [The level of hostility and aggressiveness as a criterion for the quality of remission among patients with alcohol dependence]. *Aktualnyie voprosy sovremennoi psikiatrii i narkolohii: sbornik nauchnykh rabot Instituta nevrolohii, psikiatrii i narkolohii AMN Ukrainy i Kharkovskoi oblastnoi klinicheskoi psikiatricheskoi bolnitsy № 3 (Saburovoi dachi), posviashchionnyi 210-letiiu Saburovoi dachi – Actual issues of modern psychiatry and narcology: a collection of scientific papers of the Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the Academy of Medical Sciences of Ukraine and Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova Dachya), dedicated to the 210th anniversary of Saburova dacha*. P.T. Petriuk, A.N. Bacherikov (Ed.). Kiev–Kharkov, vol. 5. Retrieved from <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper062.htm> [in Russian].

20. Olkhova A.O., Pavlichuk E.O. (2018). Osoblyvosti klinichnoi kartyny u khvorykh z PTSR [Features of the clinical picture in patients with PTSD]. *Medytsyna tretioho tysiacholittia: zbirnyk tez mizhvuzivskoi konferentsii molodykh vchenykh ta studentiv (Kharkiv, 22–24.01.18) – Third Millennium Medicine: Proceedings of the Intercollegiate Conference of Young Scientists and Students (Kharkiv, January 22–24, 2018)*. Kharkiv, pp. 264–265 [in Ukrainian].

21. Haponov K.D., Sosin I.K., Honcharova O.Iu., Markova M.V. (2018). Sposib diahnostyky klinichnoi spetsyfyky i prohnozu perebihu alkoholnoi zalezhnosti u osib z riznym psykhotravmatychnym dosvidom i rivnem psykhosotsialnoho stresu. Informatsiinyi lyst MOZ Ukrainy № 249–2018 [Method of the diagnosis of clinical specificity and prognosis of alcohol dependence in persons with different psychotraumatic experience and level of psychosocial stress. Ministry of Health of Ukraine information sheet № 249–2018]. Kiev, 4 p. [in Ukrainian].

22. Khvan A.A., Zaitsev Yu.A., Kuznetsova Yu.A. (2008). Standartizatsiia oprosnika A. Bassa i A. Darki [Standardization of the questionnaire by A. Bass and A. Darky]. *Psikhologicheskaiia diahnostika – Psychological Diagnosis*, № 1, pp. 35–58 [in Russian].

К.Д. Гапонов

АНАЛИЗ ФЕНОМЕНОВ ВРАЖДЕБНОСТИ И ВИНЫ У ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Исследовали особенности наличия и выраженности феноменов враждебности и вины у больных алкогольной зависимостью (АЗ) с различным уровнем психосоциального стресса. Для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетом отягчающего действия указанных феноменов на ее формирование и течение клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами обследовано 312 мужчин: 107 комбатантов, 89 вынужденно перемещенных лиц и 116 жителей г. Харькова и Харьковской области. Установлено, что больным АЗ различных социальных групп и с разной выраженностью психосоциального стресса присущи повышенная степень выраженности враждебности и чувства вины. Кроме того, установлено, что повышенная степень враждебности является деструктивным патогномоничным для клинической картины АЗ фактором, имеющим разрушительное влияние на психическое состояние и уровень социального функционирования индивидуума, и не имеет линейной связи с уровнем психосоциального стресса, присущего больным. Степень выраженности чувства вины обратно соотносится с уровнем психосоциального стресса: с увеличением уровня стресса количество лиц с повышенной степенью вины уменьшается, а наиболее распространенным чувство вины оказывается у лиц с легким психосоциальным стрессом. Пришли к выводу, что феномены враждебности и вины являются одновременно предикторами и производными в структуре АЗ, что создает порочный круг их патологических взаимовлияний.

Ключевые слова: психосоциальный стресс, алкогольная зависимость, враждебность, обида, подозрительность, чувство вины.

K.D. Gaponov

ANALYSIS OF FREQUENCY AND PRINCIPAL PHENOMENA IN PERSONS WITH DIFFERENT LEVEL OF PSYCHOSOCIAL STRESS WITH ALCOHOL ADDICTION

We studied the features of the presence and severity of the phenomena of hostility and guilt in patients with alcohol dependence (AD) with different levels of psychosocial stress. To understand the ways of modifying the existing therapeutic and rehabilitation strategies, taking into account the aggravating effect of these phenomena on its formation and the course of clinical, psychopathological and psychodiagnostic methods, 312 men were examined: 107 combatants, 89 internally displaced people and 116 residents of Kharkov and Kharkov region. It was established that patients with AD of various social groups and with different severity of psychosocial stress are characterized by an overestimated degree of severity of hostility and guilt. In addition, it was found that an increased degree of hostility is a destructive pathognomonic factor for the clinical picture of AD, having a devastating effect on the mental state and level of social functioning of the individual, and does not have a linear relationship with the level of psychosocial stress inherent in patients. The degree of severity of guilt is inversely related to the level of psychosocial stress: with an increase in the level of stress, the number of people with a high degree of guilt decreases, and the most common guilt is in people with mild psychosocial stress. We came to the conclusion that the phenomena of hostility and guilt are both predictors and derivatives in the structure of AD, which creates a vicious circle of their pathological interactions.

Keywords: *psychosocial stress, alcohol addiction, hostility, resentment, suspicion, feeling guilty.*

Надійшла 06.12.18

Відомості про автора

Гапонов Костянтин Дмитрович – кандидат медичних наук, головний лікар КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків), доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Адреса: 61045, м. Харків, вул. Очаківська, 15, КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер»; 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України.

Тел.: +38(050)669-29-66.

E-mail: kostiantyn1807@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>.