

М. П. Жданова

Київська городська лікарниця «Соціотерапія»

ПСИХОТЕРАПІЯ НАРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СЕМЬИ ПРИ АЛКОГОЛІЗМІ У ЖЕНИ

Исследованию здоровья семьи посвящена довольно обширная литература, особенно зарубежная [1—4]. Однако эту проблему нельзя считать достаточно разработанной, поскольку она практически не рассматривается с системных позиций. Между тем необходимость такого подхода, и прежде всего при психотерапевтической коррекции этого негативного явления, диктуется его сложным генезом. В частности, нарушение здоровья семьи при алкоголизме у жены, вносит свой вклад, помимо расстройства ее соматического и психического здоровья, невротизация мужей, нарушение эмоционального состояния детей, сексуальная дезадаптация супругов, неадекватная оценка женами своего состояния и мужьями — болезни жены, нарушение функционирования семьи и ряд других патогенных факторов [5]. Таким образом, можно говорить о нарушении взаимодействия членов семьи на психофизиологическом, социальном и микро-социальном, психологическом и социально-психологическом уровнях. Соответственно и психокоррекция нарушенного здоровья семьи должна представлять собой систему мероприятий, направленных на каждый из указанных уровней.

Нами была разработана система семейной психотерапии при алкоголизме у жены, отвечающая четырехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия: информационного, эмоционального, поведенческого и личностного.

Информационный компонент системы состоит в повышении уровня знаний супругов в области общения, в достижении ими адекватного отражения друг друга, что способствует взаимопониманию, выработке у супругов правильных представлений об имеющихся у них психологических и соматических расстройствах, информирование их о психогигиене половой жизни и правильном функционировании семьи, в том числе и о воспитании детей.

Эмоциональный компонент представляет собой дезактуализацию переживаний членов семьи в связи с конфликтной ситуацией, использование способов правильного разрешения семейных конфликтов, снятие неадекватных эмоциональных реакций на них, коррекцию негативных взаимоотношений супругов, а также родителей по отношению к детям и детей — к родителям.

Поведенческий компонент имеет целью оптимизацию межличностных отношений всех членов семьи и сексуального поведения супругов, личностный — персонализацию каждого из членов семьи. При этом разработанная система психотерапевтической коррекции нарушения здоровья семьи основана на принципах дифференцированности, комплексности, последовательности и этапности.

Проводимые корригирующие мероприятия должны быть дифференцированы с учетом типа семьи, нарушения тех или иных ее функций, наличия определенных семейных проблем, причем семейная психотерапия не исключает индивидуальной работы с каждым из членов семьи, с супружеской парой, с родителями и ребенком

(детьми). Комплексный подход к семейной психотерапии предполагает воздействие на все указанные выше уровни взаимодействия членов семьи с использованием всего арсенала методов психотерапии — семейной, индивидуальной, парной (супружеской).

Семейной психотерапии предшествует диагностический этап, заключающийся в детальном ознакомлении с семьей и ее проблемами, выявлении неправильных представлений о них, механизмов межличностной коммуникации, семейной интеграции, ролевой структуры семьи и т. п. Все психотерапевтические воздействия проводятся в три основных этапа: на первом этапе членам семьи предоставляется правильная информация об имеющихся нарушениях и перспективах их успешного преодоления, на втором проводятся мероприятия для снятия эмоциональных реакций на эти нарушения, третий этап посвящен выработке у членов семьи навыков правильного общения и поведения.

Описанная система психотерапии была проведена нами 100 супружеским парам, в которых жена страдала алкоголизмом.

Супруги были в возрасте от 20 до 45 лет и состояли в браке от 6 до 15 лет, причем в первом браке состояли лишь $56 \pm 5\%$ из них, остальные во втором ($19 \pm 4\%$) и третьем ($10 \pm 3\%$) либо сожительствовали ($15 \pm 4\%$). У $21 \pm 4\%$ супружеских пар не было детей и почти столько же имели по одному ребенку ($23 \pm 4\%$), у $56 \pm 5\%$ было по двое детей.

Подавляющее большинство ($76 \pm 4\%$ женщин и $81 \pm 4\%$ мужчин) обследованных имели среднее профессионально-техническое образование и были работниками физического труда ($69 \pm 5\%$ и $78 \pm 4\%$ соответственно), остальные работали в сфере обслуживания и торговли.

$54 \pm 4\%$ женщин и $68 \pm 5\%$ мужчин воспитывались в полной, но конфликтной семье, все остальные — в неполной семье, причем ни одна из женщин не воспитывалась в полной гармоничной семье. Правильного воспитания также не получила ни одна женщина: $79 \pm 3\%$ из них воспитывались в условиях гипопротекции, мужчины — чаще всего в условиях гипопротекции и эмоционального отвержения. Этим обстоятельством во многом объясняется тот факт, что у всех обследованных женщин определялись явные акцентуации характера либо специфическое расстройство личности диссоциального, демонстративного и эмоционально-неустойчивого типов. Уравновешенный характер был у $27 \pm 4\%$ мужчин и не наблюдался ни у одной из женщин.

У всех женщин отмечались признаки нравственно-этической деградации с эмоциональным огрублением, ослабление чувства долга, безразличие к своей судьбе, неряшливость, интеллектуально-мнестические нарушения, сужение умственного кругозора, неопределенность и противоречивость суждений.

Почти половина мужчин и женщин вступили в брак по любви, однако сохранили ее к моменту обследования лишь $8 \pm 3\%$ мужчин и $5 \pm 2\%$ женщин. Более 1/3 супругов были безразличны друг к другу,

а большинство остальных испытывали сексуальную и психологическую аверсию и ревность. Почти у всех обследованных имел место наиболее примитивный — генитальный тип сексуальной мотивации.

Закономерным результатом описанных отношений супругов были внебрачные связи, в которые вступало подавляющее большинство и мужчин, и женщин. Наиболее распространенным мотивом внебрачных связей было удовлетворение сексуальных потребностей.

Поскольку успех семейной психотерапии во многом зависит от желания каждого из членов семьи участвовать в психотерапевтическом процессе, мы начинали курс с формирования у них мотивации участия в нем. Она закладывалась уже во время первого занятия, которое во многом определяет дальнейший ход семейной психотерапии. Чаще всего в первом занятии принимал участие лишь один из членов семьи, а именно обратившийся за помощью, и первая беседа с ним становилась началом работы по привлечению к семейной терапии остальных ее членов.

В ходе беседы пациент рассказывал о своих проблемах, о собственных попытках разрешить их, причем мы направляли разговор на актуализацию эмоциональных переживаний пациента, чтобы он заново переживал свои трудности. Следующим шагом было убеждение пациента в том, что семейная психотерапия даст ему возможность разрешить эти трудности. Третьим, важнейшим аспектом первого занятия была выработка у пациента решимости, психологической готовности самому участвовать в семейной психотерапии и привлечь к участию в ней остальных членов семьи. Курс начинали, как правило, сразу же после первой беседы, чаще всего с женой, страдающей алкоголизмом.

Исходя из того, что семья представляет собой группу, семейную психотерапию проводили подобным групповой психотерапии образом. Но в зависимости от семейных проблем, особенностей имеющих у членов семьи психических нарушений, характера взаимоотношений и других упоминавшихся выше факторов, применяли разные способы специфической семейной терапии, сочетая их с такими психотерапевтическими методами, как персоналистическая психотерапия, полоролевой и сексуально-эротический тренинг и др.

Под техникой семейной психотерапии понимают типовую совокупность действий, с помощью которых психотерапевт решает определенную психотерапевтическую задачу [6]. Мы использовали следующие из этих техник: семейную дискуссию, проигрывание семейных ролей и ролей друг друга; обмен ролями по А. И. Захарову; обучение супругов эффективному эмоциональному общению; занятие Я-концепцией; молчание по Х. Пересу; указания (директивы) — прямые, метафорические, парадоксальные; конструктивный спор по Дж. Баху и С. Кратохвилу [7].

Одна из основных методик семейной психотерапии — семейная дискуссия. Она основана на общих принципах проведения групповой психотерапии и предполагает целенаправленное использование в лечебных целях всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих внутри группы между ее участниками, как для того, чтобы каждый из них имел возможность проявить себя, так и для создания эффективной системы обратных связей. Тематами семей-

ной дискуссии могут быть факторы, определяющие групповую динамику, а именно — цели, задачи и нормы групп, их формирование и изменение, их влияние на членов группы; структура лидерства в группе, возникающие в ней проблемы руководства, зависимости и соперничества; соотношения групповых ролей («лидера», «эксперта» и т. д.); сплоченность группы, потребность участия в ее жизни и сотрудничества при реализации совместных задач; групповое напряжение; актуализация прежнего эмоционального опыта и прошлых стереотипов межличностных отношений во взаимодействии с отдельными членами группы; формирование подгрупп, их отношение к группе и влияние на ее функционирование. Актуальной тематикой семейной дискуссии являются также поведение в семье, возникающие в ней проблемы и жизненные ситуации, поведение и переживания во время групповых занятий; внутрисемейные конфликты, ситуации и механизмы, связанные с функционированием семьи как целого.

Таким образом, семейная дискуссия может иметь множество целей, но прежде всего — это коррекция неправильных представлений о различных аспектах семейных взаимоотношений: способах разрешения конфликтов и семейных проблем, планирования и организации семейной жизни, распределения обязанностей в семье и т. п. Коррекция неправильных представлений особенно важна на начальных этапах семейной психотерапии. Еще одна важная задача дискуссии — выработка у членов семьи адекватного представления о том или ином вопросе. Но основная цель семейной дискуссии — ликвидация неправильных форм реагирования, общения и поведения, обусловленных личностными особенностями членов семьи и психотравмирующими факторами.

Темами для занятий при проведении семейной дискуссии чаще всего служат жизненные проблемы и способы их разрешения, определение отношений и ролей в семье. Особая тема — нарушение функций семьи, в частности ее воспитательной функции. На занятиях обсуждаются причины и проявления нарушений каждой из функций семьи, роль членов семьи в нормализации ее функций, значение правильного функционирования семьи для ее психологического и материального благополучия. При этом могут использоваться вспомогательные методы — психорисунок, библиотерапия, психогимнастика.

Управление семейной дискуссией требует от психотерапевта немалого искусства. Среди существующих приемов, помогающих направить ход дискуссии в нужное русло, такие как молчание, умение слушать, обучение с помощью вопросов, резюмирование и обобщение, экспликация эмоциональных состояний членов семьи, конфронтация с определенным мнением или членом семьи. Мы считаем весьма эффективным использование в семейной психотерапии так называемого обусловленного общения, когда в привычные семейные взаимоотношения вводится новый элемент, помогающий корректировать их.

Эта методика применяется для формирования навыков коммуникации. В общение вводятся условия — правила, регламентирующие поведение членов семьи. Например, методика конструктивной ссоры по С. Кратохвилу предписывает супругам правила поведения, когда они чувствуют агрессивность по отношению

друг к другу: спор может вестись только при согласии обеих сторон, при их активном участии и сразу же после возникновения конфликтной ситуации; тот, кто начинает спор, должен ясно представлять себе цель, которой он хочет достичь; спор должен быть конкретным, касаться только непосредственного предмета ссоры; не допускается применение болезненных для одного из участников спора аргументов (например, упоминание о психическом заболевании, физических недостатках, сексуальных неудачах и т. п.).

Мы используем в проводимой семейной психотерапии также такой способ воздействия, как директивная психотерапия: даем указания относительно определенных действий членов семьи, которые необходимо предпринимать для достижения какой-либо цели — выздоровления, разрешения конфликта и т. д. Директива может быть прямой и парадоксальной, когда истинная ее цель противоположна провозглашаемой. Например, можно предписать супругам конфликтовать в определенных ситуациях, что сделает такой конфликт искусственным в глазах супругов и приведет к обратному результату.

Когда в ходе семейной психотерапии возникают ситуации, которые члены семьи должны комментировать, ища выход из создавшегося положения, психотерапевт получает возможность воздействовать на семью собственным примером, демонстрируя, как следует решить проблему. Исходя из своего опыта, мы считаем этот способ проведения семейной психотерапии особенно эффективным на том этапе, когда члены семьи на предыдущих занятиях уже узнали, что нужно делать для правильного решения семейной проблемы (конфликта, ситуации), и у них уже можно и необходимо выработать навыки применения полученных знаний в реальной жизни.

Как известно, для формирования умений и навыков используются специальные упражнения — тренинги. В частности, для выработки эффективных ролевых взаимоотношений в семье применяется ролевой тренинг, в котором проигрываются различные семейные роли, отражающие разные аспекты взаимоотношений членов семьи. Мы практикуем проигрывание определенных ролей в основном ходе семейных дискуссий. Одному из членов семьи предлагается продемонстрировать, как, по его мнению, следует организовать семейные взаимоотношения. При этом он выступает в роли и сценариста, и режиссера, т. е. объясняет участникам дискуссии, кому что делать. Такое проигрывание помогает либо выявить несостоятельность представлений о внутрисемейных отношениях либо, напротив, приблизить семейную дискуссию к реальным семейным проблемам и взаимоотношениям.

Один из основных методов психокоррекции нарушенных взаимоотношений членов семьи — коммуникационный тренинг. Он проводится в несколько этапов. Первый посвящен получению информации о нарушении общения членов данной семьи и определению уровня имеющейся социально-психологической адаптации. На втором этапе эта информация доводится до членов семьи, выясняется и фиксируется их собственная оценка своей коммуникации. На третьем им даются конкретные инструкции о том, как изменить общение, и проводится научение правильной коммуникации.

Мы используем с целью коррекции общения в семье модифицированную нами для своих пациентов форму коммуникации, известную под названием супружеской тактики, принципы которой были разработаны Д. Карнеги [8]. Основные ее правила мы определяем следующим образом: члены семьи должны проявлять интерес друг к другу — к мнениям, увлечениям, достоинствам и слабостям каждого; они должны уметь слушать друг друга, внимательно относиться к высказываниям, и говорить о том, что интересует другого члена семьи; критика любого члена семьи должна быть осторожной и тактичной; приказной тон в общении недопустим; необходимо проявлять понимание собственных ошибок и признавать их; входить в положение каждого члена семьи; особое значение следует придавать похвале, в частности детей, улыбке, выражению доброжелательности; наконец, в семье должен соблюдаться принцип «не ссориться», высказывать свое мнение следует, не противореча и не оскорбляя другого.

При том, что психотерапевтическая коррекция нарушенных взаимоотношений, в том числе и в семьях, где жена страдает алкоголизмом, включает четыре компонента, о которых шла речь выше, она должна быть направлена на три подсистемы личности — интраиндивидуальную, интериндивидуальную и метаиндивидуальную, а следовательно, и проводиться в трех соответствующих направлениях: коррекция характерологических особенностей членов семьи, коррекция их межличностных отношений и нормализация процесса персонификации каждого из них.

Персоналистическая психотерапия [9] осуществляется в форме индивидуальных бесед, методами разъяснения, убеждения, внушения. Курс лечения, рассчитанный на 10—12 занятий, проводится в несколько этапов. Вначале устанавливаются причины и условия нарушения процесса персонификации пациента (пациентки), выясняются конфликтные ситуации и их связь с имеющимися у него (нее) нарушениями. Затем проводится психологическая подготовка, которая состоит в повышении уровня знаний в области общения и культуры межличностных отношений. Следующий этап представляет собой психогигиеническую подготовку, имеющую целью повышение уровня осведомленности члена семьи о своем заболевании (в нашем случае — роли личности в генезе алкоголизма), а также правильного представления о нарушении психологического состояния. На реконструктивном этапе формируются новые установки, тип реагирования, перспективы адекватного разрешения противоречий между пациентом и обществом путем перестройки активности, направленности личности, самосознания, приведения уровня притязаний в соответствие с реальными обстоятельствами жизни. На этом этапе достигается максимальная персонификация пациента.

При разработке системы семейной психотерапии при алкоголизме жены мы следующим образом классифицировали обследованные семьи по отношению мужа к больной жене. В некоторых семьях ($27 \pm 4\%$) супруг понимал болезненный характер пристрастия жены к алкоголю и необходимость лечения. В других семьях ($46 \pm 5\%$) мужа считали алкоголизм жены распущенностью, нежеланием отказаться от алкоголизации в соответствующей компании и постоянно

устроювали скандали своїм жинам, часто в присутстві дитей. В $17 \pm 4\%$ семей мужа проявляли полное равнодушие к алкоголизации жены, попросту игнорируя ее. Наконец, были семьи ($10 \pm 3\%$), в которых мужа смирились с алкоголизацией жены, считая ее закономерным следствием жизненных трудностей и как бы оправдывая ее.

Полученные в этом исследовании данные при одинаковой цели психотерапии определили разное содержание проводимых занятий, различный тактический подход к лечению алкоголизма у женщин.

Психотерапию алкоголизма начинали с занятий, проводимых отдельно с каждым из супругов. Основной задачей занятий было разъяснение и убеждение их в том, что алкоголизм — это болезнь, требующая лечения и выработки у больного установки на трезвость. Мужьям разъясняли большое значение при этом правильного отношения к заболеванию жены и соответствующего поведения. Индивидуальные методы работы с супругами на начальных этапах психотерапии была направлена, таким образом, на достижение эмоционального отреагирования супругов. В дальнейшем переходили к работе с супружеской парой, причем занятия чаще всего проводили в группе из 2—3 супружеских пар. Супругов обучали адекватным способам реагирования и поведения, своевременному распознаванию аффективных нарушений у больных, обострения или появления патологического влечения к алкоголю, ослабления установки на трезвость.

На этом этапе проводились поведенческая психотерапия, а именно тренинг поведения по специальной программе, и ауто-суггестивная психотерапия. Разыгрывались различные ролевые ситуации (например, встреча с бывшими собутыльниками, поведение с гостями у себя дома и т. п.), в которых пациенты должны были продемонстрировать свое новое, правильное поведение.

К концу курса лечения, продолжающегося примерно 6 месяцев, в семейную психотерапию включались такие темы как организация совместного досуга членов семьи, возрождение их духовных интересов (например, обсуждение просмотренных кинофильмов, прочитанных книг и т. д.)

Конечным результатом психотерапевтической коррекции семьи, в которой жена страдает алкоголизмом, должна быть медико-психологическая реабилитация, неотъемлемой составной частью которой является социально-трудовая реабилитация. Мы проводим ее в два основных этапа. Задача первого — достижение адекватной оценки больными своих трудовых возмож-

ностей и восстановление позитивного отношения к труду, что достигается индивидуальной личностно ориентированной психотерапией. Цель второго этапа реабилитации — выработка трудовых установок методом групповой психотерапии, что способствует также улучшению семейной адаптации пациенток, повышению их творческой активности, уровня самооценки и самоутверждения. К участию в психотерапевтическом процессе при этом привлекаются и выздоровевшие больные, и члены их семей.

Проведение описанной системы психотерапии нарушения здоровья семьи при алкоголизме у жены позволило достигнуть высокого терапевтического эффекта в $89 \pm 4\%$ случаев. Однако при трехлетних катамнестических наблюдениях было установлено, что у $24 \pm 4\%$ женщин в сроки от 5 месяцев до 2 лет наступил рецидив алкоголизма, у $5 \pm 2\%$ возникали одноразовые срывы, проходившие без последствий и не требовавшие специальной помощи.

Таким образом, высокий и стойкий терапевтический эффект, заключающийся в излечении женщин от алкоголизма, восстановлении их трудового статуса, нормализации взаимоотношений между членами семьи (между супругами, супругами и детьми) и выполнения ими семейных функций, был достигнут у $76 \pm 4\%$ семей. Такой результат дает основание рекомендовать разработанную систему психотерапии для коррекции нарушенного здоровья и реабилитации семей, в которых жена страдает алкоголизмом.

Список литературы

1. Топалов Д. П. Система и принципы психопрофилактики супружеской дезадаптации // Междунар. мед. журн. — 2000. — Т. 6, № 4. — С. 46—49.
2. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация. — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 256 с.
3. Шерман Р., Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии / Пер. с англ. — М.: Класс, 1997. — 336 с.
4. Gurman A. S., Kniskern D. P. Handbook of family therapy. — N. Y.: Brunner, Mazel, 1981. — 796 p.
5. Семенкина И. А. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи // Междунар. мед. журн. — 2000. — Т. 6, № 1. — С. 37—40.
6. Эйдемиллер Э. Г., Дерянов И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. — СПб.: Речь, 2003. — 336 с.
7. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. — М.: Медицина, 1991. — 332 с.
8. Карнеги Д. Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей / Пер. с англ. — М.: Вече, 2003. — 656 с.
9. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879 с.

Надійшла до редакції 25.01.2007 р.

М. П. Жданова

Психотерапія порушення здоров'я сім'ї за алкоголізму у жінок

Київська міська лікарня «Соціотерапія»
(м. Київ)

Подано розроблену автором систему сімейної психотерапії та реабілітації сім'ї за алкоголізму у жінки. Описано принципи підходи до відновлення здоров'я сім'ї за цієї патології та комплекс застосовуваних психотерапевтичних методів. Показано високий терапевтичний ефект запропонованої системи.

Ключові слова: алкоголізм у жінки, сімейна психотерапія, система корекції та реабілітації.

M. P. Zdanova

Psychotherapy of disorder the family health in women's alcoholism

Kyiv state hospital "Socioterapy"
(Kyiv)

It was presented the elaborating by author the system of family psychotherapy and rehabilitation in women's alcoholism. It had been described the principal approach to the family health recovery in such pathology and the complex of applying psychotherapeutic methods. It was showed the high therapeutic effect of offered system.

Key words: women's alcoholism, family psychotherapy, system of correction and rehabilitation.