

М. А. Денек, канд. мед. наук

Полтавская областная психоневрологическая больница
им. А. Ф. Мальцева (г. Полтава)

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Специфическое расстройство личности (СРЛ) — тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающие обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией [1]. По свидетельству ученых, при СРЛ человек обычно не осознает, что характер его поведения или мышления затрудняет жизненную адаптацию; напротив, он считает, что его поведение или мышление нормальны и правильны [2—4]. Клиническая специфика СРЛ обуславливает обязательное наличие дезадаптации в семье, в которой один из супругов страдает СРЛ.

Под нашим наблюдением находились 320 женщин, страдающих СРЛ разных типов, и их мужей. Эмоционально неустойчивый тип расстройства был диагностирован у 53 женщин, ананкастный — у 46, демонстративный — у 51, зависимый — у 53, шизоидный — у 45, диссоциальный — у 27, тревожный — у 15 и параноидный — у 30. Пациентки были в возрасте от 21 года до 46 лет, причем преобладали лица в возрасте от 31 года до 40 лет. Со своими мужьями они, как правило, входили в одну возрастную группу. Анализ анамнестических данных показал, что все больные находились на учете в психоневрологическом диспансере с детства или с подросткового возраста. При проведении исследования мы не смогли выделить контрольную группу, поскольку при расстройстве личности у женщин всегда возникала та или иная форма супружеской дезадаптации.

В результате проведенного системного анализа сексуального здоровья находившихся под наблюдением супружеских пар, установлено, что у всех супружеских пар имели место различные формы супружеской дезадаптации: коммуникативная — у 123 супружеских пар ($38 \pm 3\%$); полоролевая — у 70 пар ($22 \pm 3\%$); социокультурная — у 26 пар ($8 \pm 3\%$); сексуально-эротическая — у 35 пар ($11 \pm 3\%$); конституциональная — у 50 пар ($16 \pm 3\%$); аверсионная — 16 пар ($5 \pm 3\%$) [5].

Нами на основании результатов изучения личностных черт и межличностного взаимодействия супругов при данной патологии у женщин была разработана и апробирована в клинической практике система психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации, основанная на принятых в современной сексологии и медицинской психологии принципах комплексности дифференцированности, последовательности, этапности, преемственности и парного характера лечебных воздействий. Предлагаемая система, в соответствии с четырехфакторной концепцией обеспечения сексуального здоровья В. В. Криштала [6], состоит из четырех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого) и личностного и направлена на компенсацию расстройства личности у женщин, нормализацию межличностного общения супругов и адаптацию их сексуального поведения.

Задачами когнитивного компонента психокоррекции были уяснение супругами необходимости и реальной

возможности оптимизации их отношений; выработка правильных установок на межличностные отношения; повышение самопонимания; осознание связи между своим поведением и взаимоотношениями, в частности в семье; понимание причин формирования конфликтных взаимоотношений и своей роли в их возникновении; достижение адекватного отражения супругами друг друга с целью повышения уровня взаимопонимания; ознакомление супругов с формами поведения, позволяющими нормализовать взаимоотношения и предотвратить возникновение конфликтных ситуаций.

Второй, аффективный компонент коррекции имел своей целью дезактуализацию переживаний супругов, связанных с конфликтами, снятие их негативного отношения друг к другу и устранение дезадаптации. Это могло быть достигнуто при соответствующей модификации способов эмоционального реагирования супругов при межличностном общении, выработке критического отношения к своему неадекватному реагированию в конфликтных ситуациях, ликвидации неадекватных эмоциональных реакций и усвоении супругами средств установления доверительных, искренних отношений. Для решения этих задач необходимо было достижение изменений в личностных структурах пациентов: самооценке, системе социального восприятия и т. п.

Выполнение этих условий создает предпосылки для решения задачи третьего, конативного компонента психотерапевтической коррекции, которая состоит в модификации типов поведения каждого из супругов и типов их взаимодействия. В рамках данного компонента должны быть достигнуты преодоление неадекватных форм поведения, приводящих к супружеским конфликтам; обучение формам поведения, способствующим адекватной адаптации, в частности, выработка адекватных способов разрешения супружеских конфликтов и их закрепление; выработка форм поведения, помогающих достигнуть взаимопонимания, обеспечивающих взаимопомощь, искренность, доверительность отношений, ответственность и самостоятельность супругов.

Целью четвертого, личностного компонента является максимальная персонализация супругов.

При таком подходе выбор методов психотерапии и конкретное содержание психотерапевтических занятий определялись формой сексуальной дезадаптации — ее причинами, механизмами развития и клиническими проявлениями с учетом типа расстройства личности у женщин, учитывались также личностные и характерологические особенности мужей больных и степень заинтересованности супругов в нормализации отношений.

Психотерапия проводилась в два основных этапа: первый был посвящен выработке у пациентов новой, правильной установки, второй — научению ее реализации.

В процессе психотерапевтической работы нами были использованы следующие методы из современного арсенала психотерапии: рациональная психотерапия в индивидуальных и парных занятиях, групповая психотерапия, в том числе с элементами ролевых

игр, персоналистическая психотерапия, адекватные в каждом конкретном случае тренинги — коммуникационный, ролевой, психосексуальный, сексуально-эротический, аутотренинг, а также вспомогательные методы — библиотерапия, элементы гештальт-терапии, трансактный анализ и др.

Рациональная психотерапия проводилась с целью конкретизации и уточнения актуальных семейных отношений. С согласия пациента конфликтная проблема выносилась на обсуждение в группе, и если один из супругов посещал групповые занятия, то другой должен был быть подготовлен к адекватному восприятию перемен в его поведении и ясно осознавать необходимость личного участия в реконструкции взаимоотношений. Поэтому информация, получаемая при работе с одним из супругов, часто использовалась в работе с другим. При парной психотерапии в беседе с супругами обсуждались имеющиеся проблемы и конфликтные ситуации, разрабатывались и проигрывались конкретные способы их разрешения.

Следует отметить при этом, что парная психотерапия могла быть не только супружеской. Так, хороший эффект дает коммуникационный тренинг женщины не с супругом, а с кем-либо другим из членов группы, у кого имеет место та же проблема. Проигрывая ситуацию с посторонним человеком, легче объективно оценить свое поведение с супругом, уяснить свои ошибки, продиктованные пристрастным отношением к нему, и исправить их.

Психокоррекция начиналась с первой совместной беседы с супружеской парой. Эта беседа имеет важнейшее значение для достижения успеха, поскольку в ней, помимо выяснения основных данных о каждом из супругов и внутрисемейной ситуации, должен быть создан мотив участия супругов в психотерапевтической работе, а если у них имеется установка на расторжение брака, должна быть выработана установка на его сохранение. С этой целью супругам, с одной стороны, объясняется реальная возможность оптимизации их взаимоотношений, с другой — формируется правильное представление о психотерапевтической помощи. Во время первой беседы следует добиться, чтобы каждый из супругов понял необходимость глубокого анализа супружеских взаимоотношений и собственной ответственности за эффективность проводимой психотерапии.

Обеспечение устойчивой установки на сохранение семьи и активное участие в терапевтическом процессе, конечно, не может ограничиться первой беседой и остается в центре внимания во время всей последующей работы с супружеской парой. Для супругов с сексуальной дезадаптацией, особенно с аверсионной ее формой,

характерно аффективное либо негативное поведение во время первой беседы. Учитывая это, а также нередко наблюдающийся напряженный характер взаимоотношений супругов, мы стремились предотвратить резкие проявления конфликтности и отрицательные оценочные суждения мужа и жены по отношению друг к другу, обсуждая основные проблемы семьи и причины конфликтов с каждым из них в отдельности.

Известно распространенное в психологии мнение, что при проведении супружеской психотерапии следует воздерживаться от активной позиции и прямых советов. Однако мы, учитывая выраженную дезадаптацию у наших пациентов, в особенности при наличии сексуальной аверсии, считаем необходимым быстрое и активное вмешательство в их взаимоотношения и на начальной стадии психотерапии даем также конкретные советы и указания, касающиеся поведения в конфликтных ситуациях; на последующих этапах потребность в этом отпадает.

После проведения разработанной системы психотерапии супружеские пары находились под нашим наблюдением в течение 2 лет.

Непосредственные и отдаленные результаты проведенной психотерапии иллюстрируются данными, представленными в таблице.

Полной коррекцией сексуальной дезадаптации мы считали достижение оргазма женщиной не менее чем в 90 %, а значительным улучшением — не менее чем в 70 % половых актов.

Из данных таблицы следует, что сексуальная гармония была полностью восстановлена у подавляющего большинства супругов со всеми формами дезадаптации, за исключением конституциональной формы, при которой было достигнуто в основном значительное улучшение, достаточное, однако, для нормальных сексуальных контактов. Этому во многом способствовало то обстоятельство, что все супружеские пары активно участвовали в психотерапевтическом процессе. Мотивами сохранения семьи были боязнь потерять надежный источник существования и желание сохранить отца для детей, но главную роль сыграла проведенная психотерапия, направленная на убеждение супругов в реальной возможности восстановить сексуальную гармонию и наладить межличностные отношения, создать благополучный психологический климат в семье.

Полная коррекция дезадаптации, как видно из данных таблицы, чаще всего была достигнута при сексуально-эротической и социокультурной формах и реже — при аверсионной и коммуникативной. При этих формах дезадаптации чаще отмечался также только частичный эффект коррекции и наиболее высоким был процент рецидивов.

Результаты психотерапии супружеской дезадаптации при специфическом расстройстве личности у женщин

Форма дезадаптации	Полная коррекция	Значительное улучшение	Частичная коррекция	Без изменений	Рецидив через	
					1 год	2 года
Коммуникативная, n = 123	66 ± 3	17 ± 3	16 ± 3	12 ± 3	11 ± 3	6 ± 3
Полоролевая, n = 70	77 ± 5	14 ± 4	7 ± 3	1 ± 1	3 ± 2	1 ± 1
Сексуально-эротическая, n = 35	97 ± 3	3 ± 3	—	—	—	—
Социокультурная, n = 26	81 ± 8	12 ± 6	8 ± 5	—	4 ± 4	—
Конституциональная, n = 50	10 ± 4	82 ± 5	6 ± 3	2 ± 2	—	2 ± 2
Аверсионная, n = 16	62 ± 12	12 ± 8	19 ± 10	6 ± 6	6 ± 6	12 ± 8
Всего, n = 320	65 ± 3	24 ± 3	10 ± 3	3 ± 2	4 ± 3	3 ± 2

Причинами безуспешной коррекции были отказ или недостаточно активное участие супругов в психотерапевтическом процессе, что особенно часто наблюдалось при неблагоприятном сочетании в паре психосексуальных типов мужчины и женщины, расхождении типов сексуальной мотивации супругов и несоответствии их половой конституции. Причиной рецидивов, как показали двухлетние катamnестические наблюдения, была декомпенсация расстройства личности у жены. Чаще всего это наблюдалось при частичной коррекции дезадаптации, при эмоционально неустойчивом расстройстве личности и реже всего — при ананкастном расстройстве у женщин. При этом ни у одной больной не было отмечено декомпенсации, связанной с нарушением сексуального здоровья супругов.

После осуществления предложенной системы психотерапии у подавляющего большинства супружеских пар, помимо сексуально-эротической функции, начали успешно выполняться и практически все остальные функции семьи. Повышение уровня супружеской адаптации, как правило, приводило к стойкой компенсации специфического расстройства личности у женщин, а это в свою очередь способствовало нормализации сексуального здоровья.

Таким образом, в целом высокий и стойкий терапевтический эффект при проведении разработанной нами

системы психокоррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары при специфическом расстройстве личности у жены составил $71 \pm 3\%$. При этом успешная психотерапевтическая коррекция всех форм сексуальной дезадаптации супругов благоприятно сказывалась на динамике расстройства личности у женщин, приводя к удлинению периодов компенсации.

Список литературы

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
2. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М.: Север, 1933. — 143 с.
3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983.
4. Шостакович Б. В. Клинические варианты расстройства личности (психопатические расстройства). В кн.: Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. — М.: Медицина, 2000. — С. 189—249.
5. Денек М. А. Клинические формы супружеской дезадаптации при специфическом расстройстве личности у женщин // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 2 (51). — С. 53—56.
6. Кришталь В. В., Кришталь Е. В., Кришталь Т. В. Сексологія: навчальний посібник: в 4-х ч. — Х.: Фоліо, 2008. — 990 с.

Надійшла до редакції 11.07.2008 р.

М. О. Денек

Система психотерапевтичної корекції подружньої дезадаптації при специфічних розладах особистості у жінок

Полтавська обласна психоневрологічна лікарня
ім. О. Ф. Мальцева (м. Полтава)

В роботі подані дані щодо розробленої й впровадженої в клінічну практику системи психотерапевтичної корекції подружньої дезадаптації при специфічних розладах особистості у жінок, ефективність якої доведена 2-річним катamnестичним спостереженням.

М. A. Deneko

The system of psychotherapy correction of matrimonial disadaptation at specific disorders of personality for women

Regional psychoneurological hospital named after A. Ph. Mal'tsev
(Poltava)

In-process information in relation to developed and inculcated in clinical practice the system of psychotherapy correction of matrimonial disadaptation at specific disorders of personality for women, efficiency of which is proved 2-years by a catamnestic supervision is presented.

УДК 615.895.8 + 616.8-008

С. М. Дымшиц, М. Н. Юрьев, В. А. Вербенко

Крымское республиканское учреждение «Клиническая психиатрическая больница № 1», Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)

СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Вопросы социально-трудовой реабилитации (адаптации) больных шизофренией являются одной из важнейших проблем современной психиатрии. Значительная распространенность, прогрессивность заболевания и частая инвалидизация больных в трудоспособном возрасте обуславливают пристальное внимание исследователей к разработке этой проблемы [1—4]. Более 60 % психиатрических коек занимают больные с обсуждаемой патологией. С появлением атипичных антипсихотиков сформировался определенный оптимизм в отношении курации дефицитарных нарушений и, соответственно, социального прогноза заболевания. Тем не менее за последнее десятилетие не произошло существенных изменений в показателях частоты поступлений в стационары, продолжительности госпитализаций и инвалидизации больных шизофренией. Большинство

специалистов, обсуждающих эту проблему в научной периодике, склоняются к мнению, что степень дезадаптации больных шизофренией в социуме во многом зависит не только от характера заболевания (формы, степени прогрессивности, возраста начала болезни), выбранного лечения, но и от влияния социальной среды в которой находится пациент [1]. В связи с этим, обозначая задачи текущего десятилетия в отношении шизофрении, ВОЗ сделала акцент на реабилитационных программах с учетом влияния социальной, культурной и религиозной сред на пациента. Констатируется, что научившись в последней четверти двадцатого века осуществлять контроль над продуктивной симптоматикой, психиатрия пока остается малоэффективной в отношении дефицитарных расстройств и резидуальных синдромов.