

ПРОБЛЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ СІМЕЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В МЕЖАХ АНАЛІТИЧНИХ І НЕАНАЛІТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

В. О. Курило

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

Проведено комплексний аналіз клініко-психопатологічних, клініко-психофеноменологічних, психодіагностичних, спеціальних сексологічних характеристик осіб із невротичними розладами. Зазначені характеристики стали підґрунтям для створення системи психотерапії з використанням технік аналітичної сімейної психотерапії. Розглянуто критерії застосованих методів, методик, психотехнік залежно від клінічних особливостей невротологічних розладів. Показано роль розробленої системи психотерапії та психопрофілактики задля запобігання й наступного розвитку ускладнень сімейної дезадаптації. Описано результати наведених досліджень та зроблено висновки щодо можливостей наступного використання психотерапії з використанням психоаналітичних концептів.

ПРОБЛЕМА ПСИХОТЕРАПИИ СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В ГРАНИЦАХ АНАЛИТИЧЕСКИХ И НЕАНАЛИТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В. А. Курило

Проведен комплексный анализ клинико-психопатологических, клинико-психофеноменологических, психодиагностических, специальных сексологических характеристик лиц с невротическими расстройствами. Вышеупомянутые характеристики стали основой создания системы психотерапии с использованием техник аналитической семейной психотерапии. Рассматриваются критерии примененных методов, методик, психотехник в зависимости от клинических особенностей невротологических расстройств. Показана роль разработанной системы психотерапии и психопрофилактики для предотвращения и последующего развития осложнений семейной дезадаптации. Описаны результаты проведенных исследований и сделаны выводы относительно возможностей последующего применения психотерапии с использованием психоаналитических концептов.

THE PROBLEM OF FAMILY DEZADAPTATION PSYCHOTHERAPY IN ANALYTICAL AND NONANALYTICAL PSYCHOTHERAPY MODELS

V. A. Kurilo

Comprehensive analysis of clinical psychopathology, clinical psychophenomenology, psychodiagnostic, special sexological characteristics of people with neurotic disorders. This characteristics are the basis for creating a system of psychotherapy with the use of analytical techniques of family therapy. Are treated the criteria of the techniques, methods, psycho-depending on the clinical features of neurotic disorders. The role of the developed system of psychotherapy and psycho-prophylaxis for prevention and subsequent development of complications of family maladjustment. Have been described research results and conclusions of opportunity with respect to future use of psychotherapy with psychoanalytic concepts.

Проблема здоров'я сім'ї залишається однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем, тому що вона має не тільки суто медичну — сексологічну, але й медико-психологічну, соціальну репродуктивно-демографічну проекцію. Негативні наслідки порушення здоров'я сім'ї викликають

стурбованість як світової, так і вітчизняної наукової спільноти [1].

Різноманітні негативні чинники призводять до порушень функціонування сім'ї, котрі, у свою чергу, відбиваються на перебігу сімейної дезадаптації й дуже часто є причинами сімейних криз та розлучень. За даними численних

досліджень унаслідок порушень сімейної адаптації виникають близько 400 тис. розлучень на рік, та кількість їх продовжує зростати [1, 2].

Сімейна дезадаптація в межах медико-психологічних досліджень є такою, що потребує пильної наукової уваги. Сутність феномена сімейної дезадаптації залишається недостатньо розкритою. Його сенс має дуже суперечливі трактування тому, що в клінічній практиці немає гомогенного тезауруса. Крім того, навіть однозначно вживаний термін трактується авторами по-різному. Це призводить до втрати міжсуб'єктного контролю результатів досліджень, і головне, утруднює визначення об'єкта та змісту терапевтичних і реабілітаційних заходів [3, 5, 10].

Водночас існують клінічні проблеми, пов'язані із сімейною дезадаптацією, що є коморбідною із психогенно зумовленими психічними, психосоматичними й соматоформними розладами або розладами особистості. Значна кількість вітчизняних та зарубіжних досліджень уже дійшла до розробки терапевтичних тактик щодо оптимізації міжособистісних стосунків подружжя на тлі існуючого неврозологічного або патоперсоналогічного аранжування [2, 4, 5].

Важливо й те, що головним напрямком терапії та фактично методом вибору в лікуванні сімейної дезадаптації — як «чистої» (тобто необтяженої будь-яким психопатологічним підґрунтям), так і тієї, в основі якої лежать або патопластично впливають на неї невротичні розлади або розлади особистості — є психотерапія з усією різноманітністю її форм та методів. Крім того, слід урахувувати факт, що психотерапія і є методом вибору в лікуванні психогенно зумовлених розладів [5, 8, 11].

Однією з парадигм психотерапії, до якої звертаються в комплексній допомозі пацієнтам із сімейною дезадаптацією різноманітного походження, є психодинамічна. Вона, беручи до уваги інтегрованість психотерапевтичних технік, використовується певною мірою у поєднанні засобів нейрофізіологічної й раціональної парадигм. Однак аналітичні форми психотерапії у «чистому» вигляді можуть виявитися як чинником ускладнення невротизації (у разі отримання вторинної невротизації), так і чинником підвищення ефективності терапевтичних заходів (у разі поєднання з гіпноугестивними

(гіпноаналіз) і раціонально-емотивними психотехніками), а також деякими іншими, перш за все, екзистенційними, — індивідуальними та груповими методиками [6, 8].

Термін «психоаналіз» з'явився на початку ХХ століття — так австрійський лікар Зігмунд Фрейд назвав свій оригінальний метод дослідження психіки і її терапії при певних «душевних стражданнях» і психосоматичних розладах. Подальше поглиблення пізнання природи психічних процесів перетворило психоаналіз шляхом інституціоналізації із діагностико-терапевтичного процесу на своєрідну медико-соціальну і навіть антропологічну філософію. Нині ми можемо спостерігати збільшення кількості комерційно мотивованих організацій, що втілюють аналітично тенденції терапії, зокрема сімейної дезадаптації, не регламентовано (тобто не за клінічними показниками). Це призводить як до стагнації проблеми терапії сімейної дезадаптації, так і до погіршення існуючих станів невротичного рівня тощо [5, 7—9].

Метою терапії хворих невротичного профілю з позиції психоаналізу є усунення несвідомих перешкод для отримання повної гармонії у різноманітних сферах життя. Пошук неприємних істин щодо себе можливий з людьми невротичного рівня, оскільки їх самооцінка достатньо еластична, щоб допустити певні психотравмуючі відкриття [6].

Більшість зарубіжних учених аналітичного кола вважають, що пацієнти невротичного рівня також здатні до короткострокової аналітичної терапії. Наполегливе фокусування на конфліктній сфері може виявитися таким, що пригнічує певних індивідів, які мають пограничну особистісну структуру. Людина, що має так званий характер невротичного рівня, може сприймати це фокусування як стимулююче і продуктивне. Так само пацієнтам добре допомагає робота в аналітично орієнтованій групі і в сімейних варіантах терапії, тоді як пацієнтам із пограничною особистісною структурою вона часто не дає полегшення.

Завдання аналітичного терапевта, який працює з парами, які мають сімейні проблеми, полягає у створенні перехідного психологічного простору, в якому подружжя може виявляти свої поточні способи взаємодії, досліджувати за допомогою супорту власну систему розділених фантазій і винаходити нові способи існування.

Поступово подружжя вчиться приймати факт взаємної залежності, а також окремоті й відмінності партнера, намагається сприймати свої стосунки як щось третє, як те, що вони створили між собою, про що піклуються, розвитку чого сприяють, до чого звертаються як до певного особистісного ресурсу [6, 11].

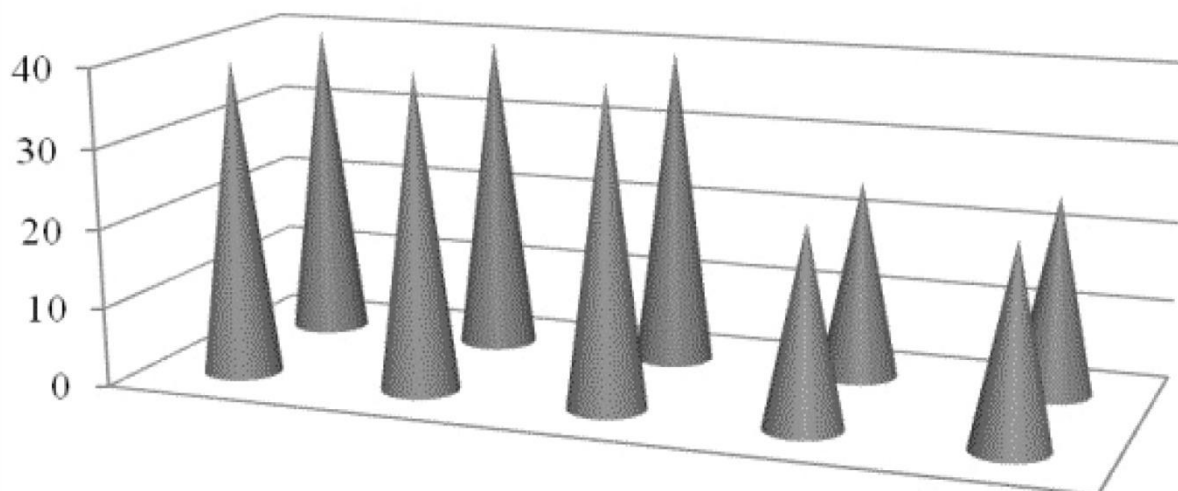
Зазначені обставини стали підґрунтям реалізації наукового дослідження щодо розробки системи психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації за існування невротичних розладів та розладів особистості. Вищезазначене підґрунтя допомогло врахувати специфіку аналітичних технік психотерапії сімейної дезадаптації та підібрати певні заходи, які можливо реалізувати у поєднанні з техніками, що асоційовані з іншими парадигмами психотерапії.

Мета роботи — на підставі вивчення причин, механізмів розвитку та клінічних виявів сімейної дезадаптації розробити

систему аналітично орієнтованої психотерапії і психопрофілактики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У межах наукового дослідження сімейної дезадаптації було обстежено 440 профільних пацієнтів: 40 жінок та 40 чоловіків із розладами особистості (нестійким, демонстративним, тривожним, залежним); 40 жінок та 40 чоловіків із невротичними розладами (неврастенією, невротичною депресією, тривогою, обсесивно-компульсивними, соматизованими розладами). Додатково обстежено 40 здорових чоловіків та 40 здорових жінок, в яких відсутні будь-які ознаки феномену сімейної дезадаптації. Також обстежено 50 подружніх пар з умовною психічною нормою, в яких було виявлено окремі поодинокі симптоми сімейної дезадаптації, донозологічні явища тощо. Контрольна група складалася з 50 сімейних пар, у яких виявлено ознаки сімейної дезадаптації, однак до



Перша клінічна група		Друга клінічна група		Група здорових		Група з окремими симптомами, донозологія		Контрольна група	
40	40	40	40	40	40	50	50	50	50
чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	50 подружніх пар з умовною психічною нормою	50 подружніх пар	50 подружніх пар з умовною психічною нормою	50 подружніх пар
1		2		3		4		5	

Рис. 1. Відображення матеріалів дослідження

яких не було застосовано розроблених психотерапевтичних заходів. На підґрунті теоретичного забезпечення та методологічного планування виділено мету й завдання дослідження.

Для більш наглядного представлення контингентів хворих надаємо рис. 1.

Клініко-статистичні дані оброблені за допомогою статистичних методів: програм «Microsoft Excel 2010» та «Statistica 6.0» для параметричних даних.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні спеціального сексологічного обстеження було виявлено, що в більшості сімейних пар у чоловіків із невротичними (нестійким, демонстративним, тривожним, залежним) розладами домінуючою мотивацією було забезпечення життєвих інтересів, у неодружених — престиж, творчість. У ціннісних орієнтаціях професійні інтереси переважали у неодружених чоловіків, побут — в одружених. Під час проведення дозвілля більшість сімейних пар надавали перевагу відпочинку, а неодружені чоловіки — самовдосконаленню. Розбіжність спрямованості особистості мала місце у 53 ± 5 % пар — що, безумовно, сприяло розвитку сімейної дезадаптації при неврозах.

Результати системно-структурного аналізу стану сексуального здоров'я контингенту дали змогу виокремити варіанти й форми наявних у них сексуальних порушень, сімейної дезадаптації: конституціональний варіант ($31,0 \pm 4,5$ %); комунікативна та аверсивна форми ($35,5 \pm 4,7$ %); соціокультурний варіант ($27,3 \pm 4,5$ %).

Основною причиною розвитку конституціонального варіанта сексуальної дисфункції та сімейної дезадаптації було порушення нейрогуморальної регуляції статевої функції, зумовлене затримкою темпів пубертатного розвитку. Розвиток комунікативної та аверсивної форм сексуальної дисфункції та сімейної дезадаптації відбувався через наявні в пацієнтів внутрішньоособистісні та міжособистісні конфлікти, зумовлені рисами характеру та особистісними відхиленнями, що утруднюють спілкування.

Міжособистісні стосунки в пар були конфліктними і для їх урегулювання подружжя застосовувало неадекватні засоби: чоловіки здебільшого — змагання і пристосування, жінки — компроміс та уникнення.

Слід підкреслити, що біологічний компонент сексуального здоров'я був уражений у подружжя головним чином за рахунок психічної його змістовності через наявність розладу особистості й особистої реакції партнерів на особистісні характеристики чоловіка або жінки.

Вивчення психоанамнестичних даних дозволило встановити, що у 84 ± 5 % пацієнтів у дитинстві відзначались різноманітні психоневрологічні розлади, з приводу чого вони спостерігались у дитячого лікаря-психіатра або фахівця лікаря-невропатолога.

Медико-психологічна характеристика хворих на невротичні розлади мала за домінанту формування вторинної невротизації у пари, а також закріплення поведінкових патернів неадекватного емоційного реагування та особистісної тривожності в структурі складних міжособистісних конфліктів.

За результатами психофеноменологічного дослідження було проведено визначення психофеноменологічного профілю осіб із невротичними розладами, розроблено критерії вибору методів, методик та психотехнік.

Критерії вибору методів, методик та технік психотерапії близькі до таких, що прийняті в сучасній клінічній психотерапії, а саме:

- етіопатогенетична конгруентність захворювання та саногенного психотерапевтичного феномена;
- відповідність клінічних проявів захворювання та клінічних особливостей клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому, з урахуванням близькості патогенезу та корелят-патернів;
- фармакотерапевтичне потенціювання.

Специфіка пацієнтів з невротичними розладами ставить особливі вимоги, критерії щодо вибору методів, методик та психотехнік (табл. 1).

Запропонована система психотерапії визначалась прийнятими в клінічній психотерапії принципами комплексності, диференційованості, послідовності та етапності. Відповідно вибір психотерапевтичних методів, методик і технік та їх зміст залежали від розладу особистості, типу патосиндромального аранжування, форми сексуальної дисфункції та варіанта перебігу сімейної дезадаптації.

Психотерапію проводили в чотири основні етапи (табл. 2):

Таблиця 1

**Змістовність запропонованих критеріїв
аналітично орієнтованої психотерапії**

Зміст критеріїв психотерапії	Увага до створення умов, за яких неможливий розвиток ятрогенного впливу, з урахуванням клінічних особливостей розладів	Ятрогенність
	Заборона використання або значне обмеження гетеросугестивних технік унаслідок особливостей клінічної структури розладу	Агетеросугестивність
	Переважання індивідуальних форм проведення психотерапії	Індивідуальність
	Супровід будь-яких методів, методик та психотехнік облігатним роз'ясненням із засвоєнням клінічного змісту	Атрибутивна інтелектуалізація
	Інтеріоризація пацієнтом сенсу пропонувананих методів, методик та психотехнік	Інтроективність
	Довготривале застосування із супроводом психотерапевта внаслідок низької контактності та утруднення встановлення комплаєнсу в пацієнтів	Довготривалість
	Постійна підтримка та супровід психотерапевтом із застосуванням за необхідності коригуючих впливів	Супортивність

Таблиця 2

**Система психотерапії сімейної дезадаптації та її етапи
в рамках психодинамічної парадигми психотерапії**

Етапність аналітично орієнтованого психотерапевтичного впливу				
«Мішені» терапевтичного впливу		Застосовані елементи та форми психотерапії	Етапи	Фармакологічне тло
Психогенні порушення	Розлади особистості	Індивідуальна	Перший	Факультативне
Подружня дезадаптація	Сексуальна дисфункція	Сімейна, групова	Другий	Облігатне
Вторинна невротизація	Міжособистісні конфлікти	Сімейна, групова	Третій	Немає
Проблеми міжособистісного спілкування		Тренінгова сімейна	Четвертий	Немає

1) корекція психогенно зумовлених порушень та розладів особистості;

2) корекція сексуальної дисфункції (вона притаманна більшості обстежених) та сімейної дезадаптації;

3) корекція міжособистісних конфліктів та вторинної невротизації;

4) корекція проблем міжособистісного спілкування.

При проведенні першого етапу психотерапії, обираючи методи лікування пацієнтів із

неврастенією, невротичною депресією, тривогою, obsесивно-компульсивним, соматизованим розладами, слід урахувати динаміку розладу, що зумовлена взаємодією конституціональних особливостей особистості й різноманітних зовнішніх і внутрішніх чинників: психогенних, соматогенних, співвідношення яких визначає клінічну картину сімейної дезадаптації.

Водночас із можливим психофармакотерапевтичним втручанням проводиться раціо-

нальна психотерапія, спрямована на нівеляцію тривоги, побоювань, страху, неправильної сексуальної поведінки тощо.

Психотерапія міжособистісних стосунків подружжя — психологічної і соціально-психологічної дезадаптації проводиться з використанням кількох заходів.

Діагностичні заходи виявляють особливості кожного з подружжя, які призвели до сексуальної і міжособистісної дезадаптації. Корекційні заходи характерологічних особливостей і міжособистісних якостей відбуваються у формі дискусій з орієнтацією на тематичне й інтерактивне обговорення, для чого проводяться заняття за такими темами: психологія спілкування; подружні конфлікти і шляхи їх розв'язання; зв'язок сімейної дезадаптації з подружніми конфліктами; психологія міжособистісних стосунків у подружньому житті та на роботі; любов та ревності. Заняття спрямовані на підвищення рівня спілкування та культури стосунків подружжя.

На заходах останнього порядку пацієнтам надають інформацію стосовно підвищення обізнаності пацієнта щодо його розладу, пов'язаної із ним сексуальної і соціально-психологічної дезадаптації і ролі особистісних особливостей у її виникненні. На індивідуальних і групових сесіях застосовують методи роз'яснення, переконання, навіювання.

На останньому етапі формуються нові установки, типи особового і подружнього реагування, виробляються адекватні форми розв'язання конфліктів, проводиться перебудова активності, спрямованості особистості, самооцінки і рівня домагань пацієнта відповідно до реальних обставин життя. Особливий акцент повинен витримуватися при корекції вторинної невротизації та механізми її психологічного захисту.

Для реалізації аналітичних засобів сімейної психотерапії пропонують кілька початкових зустрічей — зазвичай від 3 до 5, котрі визначають як діагностичні. Ці зустрічі необхідні фахівцю і парам: психотерапевтові — щоб зрозуміти зони основних конфліктів у пари, їх можливі причини і шляхи розв'язання; парам — для того, щоб відкрито обговорити свої позиції у конфлікті та взаємні очікування і цілі, а також визначитися, чи підходить їм цей фахівець для сімейної психотерапії.

У будь-якому випадку пара у процесі цих зустрічей краще зрозуміє свої суперечності та причини виниклої кризи і, відповідно, зможе просунутися у розв'язанні своїх проблем.

Курс психотерапії складається з 10–15 занять тривалістю від 1 до 1,5 год, що проводяться 2–3 рази на тиждень.

Підвищенню ефективності коригуючих дій сприяє поєднання індивідуальної психотерапії з груповими її методами. Групова психотерапія, спрямована на ліквідацію неадекватних форм реагування, спілкування і поведінки, які зумовлені психотравмуючими ситуаціями, чинниками й особливостями особистості пацієнтів, заснована на використанні групової динаміки, що виникає при взаємодії членів групи під час спілкування з лікарем і психологом.

Керують групою лікар та практичний психолог системи охорони здоров'я, промовці в ролях активного лідера, аналітика, коментатора, посередника і дійсного члена групи. До групи зазвичай входить 8–10 осіб.

Як основний метод групової психотерапії використовують дискусію з біографічною, тематичною орієнтацією або спрямовану на взаємодію; як допоміжні методи ми застосовуємо психомалюнок, бібліотерапію, психогімнастику, музикотерапію, арт-терапевтичні засоби і методи соціотерапії.

Розроблена програма психопрофілактики була спрямована на запобігання розвитку станів дезадаптації за умов існування невротичних розладів, вторинної невротизації, розвитку сексуальної дисфункції та варіацій сімейної дезадаптації.

ВИСНОВКИ

Нами була проведена нова розробка аналізу сімейної дезадаптації як цілісного феномена, встановлено закономірності формування порушень сімейної адаптації й закономірності сімейного функціонування в подружжів, де чоловік або жінка страждають на неврастенію, невротичну депресію, тривогу, obsesивно-компульсивний, соматизований розлад.

Уперше було розроблено систему психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації, що базуються не тільки на сексологічних та медико-психологічних даних, але й на психофеноменологічному профілі обстежених

контингентів. Розроблена система діагностики, а також психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації серед подружніх пар, де чоловік або жінка страждають на невротичні розлади.

Аналітична психотерапія пари в кожному індивідуальному випадку може розрізнятися за тривалістю залежно від рівня проблем у стосунках пари, а також від тих цілей, які формулюються партнерами спільно з психотерапевтом під час початкових зустрічей. Групові та індивідуальні форми аналітичної психотерапії

можливо ефективно реалізовувати в поєднанні з раціональною та нейрофізіологічною парадигмами.

Запропоновані методи психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації за умови існування в подружжі осіб із психогенно зумовленими розладами *перспективні* й можуть застосовуватися у психіатричних, неврозологічних, сексопатологічних, урологічних й інших терапевтичних відділеннях стаціонарної й амбулаторної ланок, де лікарі стикаються із проблемами сімейної дезадаптації.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Агарков С. Т.* Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков. — М.: Эдиториал УРСС, 2004. — 256 с.
2. *Заседа Ю. И.* Психотерапевтическая коррекция сексуальной дисфункции и супружеской дезадаптации при шизоидном расстройстве личности у мужчин / Ю. И. Заседа // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 4 — С. 65–69.
3. *Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: пер. с чешск. / С. Кратохвил. — М.: Медицина, 1991. — 336 с.
4. *Кришталь В. В., Агишева Н. К.* Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары: учебное пособие. — М.: изд. ЦОЛИУВ, 1995. — 138 с.
5. *Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В.* Психотерапия: учеб. для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III–IV уровней аккредитации. — Х.: Око, 2002. — 768 с.
6. *Столороу Р.* Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход: пер. с англ. / Р. Столороу, Б. Брандшафт, Дж. Атвуд. — М.: Когито-Центр, 1999. — 252 с.
7. *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. — СПб.: Питер, 2005. — 384 с.
8. *Чугунов В. В.* Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — 2-е изд. стереотипн. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.
9. *Чугунов В. В.* Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: учебное пособие. — Х.: Наука, 2010 — 304 с.
10. *Эйдемиллер Э. Г.* Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. — СПб.: Речь, 2007. — 400 с.
11. *Эйдемиллер Э. Г.* Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. — М.: Речь, 2006. — 352 с.