

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ СУПРУЖЕСКИХ ПАР, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ К СЕМЕЙНОМУ ПСИХОТЕРАПЕВТУ

Маркатун Марина Владимировна, врач-психотерапевт высшей категории, руководитель Новосибирского регионального отделения Российской Психотерапевтической Ассоциации, ООО «МАРКАТУН», Медицинский центр «My self», marknupm@mail.ru

Добряков Игорь Валерьевич, доцент, к.м.н., ст. научн. сотр. научно-организационного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ
dobriakov2008@yandex.ru

Семейная система – это группа людей, связанная общим местом проживания, совместным хозяйством, а главное взаимоотношениями. В настоящее время, в связи с частыми ссорами на протяжении длительного периода, за консультативной помощью часто обращаются супружеские пары как состоящие в официальном браке, так и сожительствующие более трех лет. При этом предъявляются жалобы хроническое эмоциональное напряжение одного или обоих супругов.

Группа Грегори Бейтсона предложили называть эту последовательность жизненным циклом семьи, состоящим из следующих стадий:

1. Стадия Монады характеризуется вступлением достаточно самостоятельной личности в добрачные отношения и подготовкой ее к заключению брачных отношений.

Джей Хейли назвал эту стадию периодом ухаживания.

2. Стадия Диады – начинается с момента регистрации брака или, как это часто бывает в настоящее время, с момента совместного проживания пары. Эта стадия – период конфронтации. Первый кризис возникает, когда люди вступают в брак и должны договориться о том, по каким правилам они будут проживать вместе. Не все правила легко выработать. Трудно формируются правила, которые либо плохо осознаются, либо непосредственно привязаны к самооценке.

На этапе диады молодожены ссорятся не только из-за различных представлений о браке, но также из-за того, что оба находятся в состоянии стресса, вызванного новым контекстом жизни. При вступлении в брак многие люди втайне надеются, что «вторая половина» будет разделять их интересы, переживать те же чувства. Но это случается довольно редко.

Период конфронтации может длиться от полутора до двух с половиной лет, после чего сменяется периодом поиска компромиссов, характеризующегося желанием и выработкой способности договариваться и принимать решения, удовлетворяющие обоих.

3. Стадия триады связана с рождением ребенка.

4. Стадия кризиса середины жизни, часто совпадает с кризисом идентичности ребенка.

5. Стадия опустевшего гнезда наступает, когда последний ребенок покидает родительскую семью и супруги остаются вдвоем.

6. Стадия монады – стадия одиночества, наступает в связи со смертью одного из супругов.

Сейчас наиболее часто на прием к семейному психотерапевту приходят пары, застрявшие в периоде конфронтации более чем на три года, некоторые находятся в этом периоде более 10 лет. В своих постоянных бескомпромиссных спорах они никак не могут придти к согласию. Часто такие пары нередко, несмотря на отсутствие патологии репродуктивной сферы, не имеют детей. Их взаимодействия, как правило, строятся по схеме «Родитель - Дитя», причем в течение короткого времени они могут неоднократно меняться ролями. Предъявляя друг другу массу претензий, каждый пытается доказать, что тот недостаточно заботлив, внимателен, аккуратен и т.п. Порой это не мешает им проявлять себя в профессиональной сфере зрелой личностью. Лишь в паре в отношении друг к другу позиция «Взрослого» представлена недостаточно для того, чтобы выстроить зрелые отношения.

В ответах на вопросы: «Как Вы оцениваете отношения в семье? Какие изменения в супружеские отношения можете и готовы принести Вы? Чего Вы ждете от партнера?» совсем отсутствуют, или аморфно описываются, обязанности. Однако свои права описываются достаточно четко. В претензиях друг к другу, которые высказываются терапевту, озвучиваются домашние разногласия, отстаивается право оставить свой «досемейный» образ жизни без изменений. Аргументом является частое высказывание: «Человек не должен делать то, что ему не интересно, не должен заставлять себя. Если другой хочет от меня то, чего я не хочу, например, оплачивать коммунальные услуги, то я имею право отказаться» и т.п.

Ярко выражена позиция каждого по отношению к семейной жизни исходя из категории «Я», не переходя в категорию «Мы».

Предложение терапевта написать список обязанностей, чтобы в последующем распределить их, вызывает фрустрацию. Как правило, такой список содержит всего лишь 2-3 пункта, часто только уборку и мытье посуды.

Неосознанные ожидания каждого в такой паре, можно описать как ситуацию проживания пары с родителями, которые выполняют все необходимое, но остаются невидимыми и не мешают. В качестве примера можно привести следующие случаи:

Пример 1. Анна П., 21 год, жена, образование 9 классов, не работает. Борис П., муж 24 лет, закончил факультет информатики НГУ. В браке имеют дочь 3-х лет, которая посещает детский сад. Жена предъявляет претензии мужу по поводу вспышек агрессивности, его недостаточной помощи, безынициативности в домашних делах.

Борис программист и имеет достаточно высокий заработок. Он ежедневно забирает дочь из детского сада и остается с ней вдвоем (играет, кормит, гуляет) до момента прихода в десять часов вечера жены из студии танцев, которую она посещает шесть раз в неделю. Муж часто предъявляет претензии жене по поводу плохо убранной квартиры, не всегда вымытой посуды, готовой еды, жалуется на отсутствие заботы и внимания к нему с ее стороны. Жена считает, что она «не обязана отчитываться по поводу сделанного за день, имеет право отдохнуть». Она рассматривает занятия танцами как, возможно, будущую карьеру. В ответ на упреки по поводу недостаточного внимания к дочери, Анна заявляет, что сидит с ней целый день, если девочка болеет. Ее не смущает, что основной уход за ребенком осуществляет отец («Она - его дочь тоже!»). При этом гендерные отличия и возможности в процессе заботы о маленьком ребенке игнорируются, как несвоевременные.

Пример 2: Михаил Д., 32 года, муж, программист, образование высшее. Даша Д., 32 года, жена, образование высшее, в данный момент не работает около 6 месяцев. В браке 11 лет, детей нет.

Претензии мужа: в квартире бардак, нельзя договориться о чем-нибудь, так как у жены может измениться настроение и планы не осуществляются, ревнует без причины, очень внимательна к кошкам, но забывает приготовить еду мужу.

Претензии жены: муж быстро переходит на крик и оскорбления, не помогает в быту, не говорит о любви, секс редкий.

Аргументы мужа: «Пусть прислушается к моим просьбам, и я пойду навстречу».

Аргументы жены: «Почему я все должна, а он нет, я не обслуживающий персонал», «Он сам может все это сделать» и «Я тоже работала недавно».

Анализ подобных ситуаций показывает, что сегодня семейные отношения создают незрелые или недостаточно зрелые личности. Поэтому первый период психотерапевтической работы, в большинстве случаев достаточно продолжительный, посвящен наверстывающему развитию личности каждого из супругов. Это необходимо для достижения определенного уровня личностной зрелости каждого в паре и является обязательным условием для перехода семьи на стадию компромисса.

РЕШЕНИЕ ВОПРОСА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ

Мысливцева Анна Владимировна, врач психиатр-нарколог, психиатр, Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Наркологический диспансер», mislivseva_av@mail.ru

Латышева Татьяна Викторовна медицинский психолог, социальный работник Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Наркологический диспансер», lattat11@gmail.com

Малышко Елена Владимировна, главный врач, Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Наркологический диспансер», Malyshkonarkonet@yandex.ru

Аннотация: Профилактика аддиктивного поведения – это развитие когнитивных функций и формирование у ребенка эмоционального интеллекта. Проблема употребления психоактивных веществ, это удел слабых! Слабых духовно, физически и эмоционально. Правильно организованная профилактическая работа аддиктивного поведения сегодня, решит проблему наркомании завтра!

Ключевые слова: аддиктивное поведение, когнитивные функции, развитие детей, профилактика зависимости

Актуальность исследования: проблема, связанная с употреблением психоактивных веществ, по-прежнему остается актуальной в настоящее время. Причины формирования аддиктивного поведения, а именно негативного пристрастия к тому или иному веществу у детей и подростков много: непонимание окружающих, недовольство собой, психотравмирующая ситуация и т.д. *В целом все факторы, способствующие развитию аддикции, можно разделить на три группы, это психологические, социальные и биологические* [1]. Все эти факторы тесно связаны между собой. Мало того, у одного ребенка может наблюдаться целый комплекс причин, вызывающих болезненное пристрастие к определенному веществу [2]. К психологическим факторам развития аддиктивного поведения относятся личностные черты характера – закомплексованность, низкий интеллект, отсутствие смысла жизни и интересов. Так же тяжелое психологическое состояние – стресс, психическая травма, горе или обстоятельства, способствующие развитию аддикций, в важнейшие периоды становления личности – пример выпивающих родителей, отсутствие телесного и духовного контакта с матерью в ранние годы, подростковые проблемы и неумение их решать [3]. Социальная подоплека аддиктивных состояний выражается в большей части во влиянии семьи и учебных учреждений, доступность психоактивных веществ, пищевые традиции семьи и ближайшего окружения, ненормальное воспитание – гипер- и гипоопека, влияние различных социальных групп. К биологическим факторам развития аддикций относят наследственную предрасположенность, на данном этапе осуществляется работа в поиске генов, отвечающих за наркозависимость [4]. Аддиктивное поведение является многофакторным явлением, так как причины аддиктивности у детей и подростков сложны и многоаспектны.

Под влиянием аддиктивности появляются аффективные расстройства, расстройства интеллектуальной сферы (снижение сообразительности, неспособность сосредоточиться, ухудшение памяти и мышления), а также волевая деградация (неспособность сделать над собою усилие, истощаемость намерений и побуждений). Одним из главных методов в борьбе с аддиктивностью является первичная профилактика, которая определяется как система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и медикосанитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение болезней зависимого поведения [2].

Профилактика аддиктивного поведения особую значимость приобретает в детском и подростковом возрасте. Во-первых, это нелегкий кризисный период развития, отражающий не только субъективные явления процесса становления, но и кризисные явления общества. А во-вторых, именно в подростковом возрасте начинают формироваться очень важные качества личности, обращение к которым могло бы стать одной из важнейших составляющих профилактики аддикции [3]. Это такие качества как стремление к развитию и самосознанию, интерес к своей личности и ее потенциалам, способность к самонаблюдению. Важными особенностями этого периода являются появление рефлексии и формирование нравственных убеждений. Подростки начинают осознавать себя частью общества и обретают новые общественно значимые позиции; делают попытки в самоопределении. Профилактику аддиктивного поведения нужно рассматривать не как отдельное направление, а комплексно, как элемент единой системы образования и воспитания.

Когда у ребенка имеются нарушения когнитивных функций это приводит к снижению способности принимать, усваивать, обрабатывать информацию, решать задачи и генерировать новые идеи. Не менее важным моментом является развитие эмоционального интеллекта, ведь передача своих эмоций и правильное понятие чувств другого человека является основной составляющей душевного благополучия человека. С помощью когнитивных функций осуществляется познание окружающего и целенаправленное взаимодействие с ним. Наибольший процент нарушений когнитивных функций связан не с биологической проблемой, а с социально-психологической. По этой причине подход к устранению данной проблемы должен быть индивидуальным.

Материалы и методы исследования: технология организации профилактики аддиктивного поведения в ГБУ РО «Наркологический диспансер» включает в себя программу развития когнитивных функций и развитие аффективной сферы: индивидуальные занятия развития когнитивных функций; тренинги развития когнитивных функций с биологически обратной связью на оборудовании «Реакор»; психологическое консультирование семьи и развитие эмоционального интеллекта у ребенка. Работа психолога направлена на исправление сформировавшихся негативных взглядов, отношении к себе, формирование навыка справляться с трудными жизненными ситуациями. Изначально определялся исходный уровень когнитивных функций и состояние аффективной сферы, после чего производился индивидуальный подбор занятий. Комплекс «Реакор» использует принцип «физиологического зеркала» и позволяет в буквальном смысле видеть и слышать тончайшие изменения состояния организма, тренинги развития когнитивных функций позволяют совершенствовать психофизиологические возможности ребенка. В исследовании приняли участие 30 детей, из них 16 мальчиков и 14 девочек. Средний возраст $14,1 \pm 2,4$ лет. У всех детей в анамнезе было выявлено пагубное употребление психоактивных веществ: алкогольные напитки (70%), тропикамид (77%), прегабалин (63%), тетрагидроканнабинол (47%), «дизайнерские наркотики» (27%), амфетамин (13%) (рис.1)

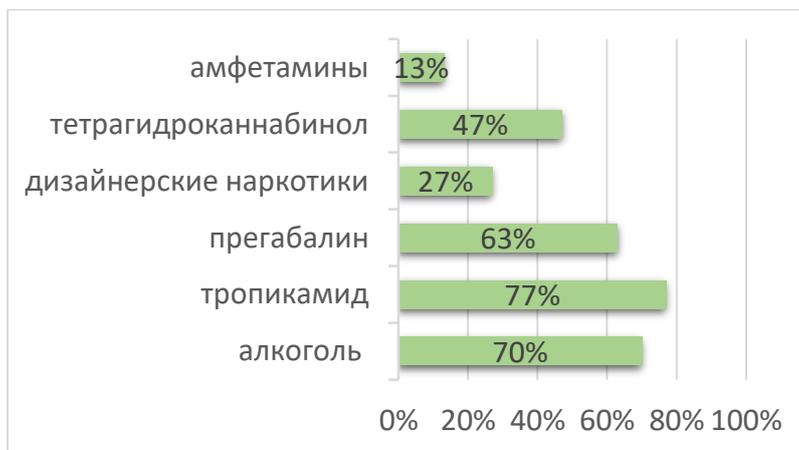


Рис.1 Психоактивные вещества выявленные у детей

Химико-токсикологическое исследование (ХТИ) проводилось с помощью предварительного иммунохроматографического метода и подтверждающего хроматомасс-спектрометрии. Все дети перед включением в программу развития когнитивных функций и аффективной сферы были проконсультированы врачом психиатром-наркологом для осмотра, выявления жалоб и экспериментально-психологического исследования.

Экспериментально-психологический метод исследования аффективной сферы применялся с помощью: теста диагностики самочувствия, активности и настроения (САН), шкала Гамильтона депрессия (HDRS) и опросник депрессии Бека (BDI). Статистическая обработка данных проводилась с помощью сравнения средних показателей (критерии Стьюдента) для количественных шкал (САН), критерий знаков - для порядковых шкал (HDRS и Бека). Критический уровень статистической значимости при проверке нулевых гипотез принимали при $p=0,05$. Оценка когнитивных функций проводилась с помощью оборудования и анализа данных БОС-Реакор.

Результаты исследования: тяжесть депрессивной симптоматики, оцениваемая по шкале Гамильтона до проведения программы, составляла не менее 23 баллов, опросник депрессии Бека не менее 19 баллов и по шкале САН суммарное количество составляло не более 3 баллов. Так же со стороны детей и со слов родителей были предъявлены следующие жалобы: на снижение настроения (62%), нарушение сна (46%), слабость и снижение успеваемости в школе (59%), тревогу (70%), снижение памяти (82%), суицидальные мысли (26%). При сравнении показателей САН до и после проведения программы было выявлено улучшение состояния, разница по компонентам САН и шкале Гамильтона

составила ($p=0.05$, $p=0.08$). Наиболее выраженное увеличение отмечалось при оценке показателя настроения (2,5+0,5 балла), что соответствует результатам клинического исследования $p < 0.01$, где также снижается процент жалоб: снижение настроения (23%), нарушение сна (34%), слабость и снижение успеваемости в школе (12%), тревога (43%), снижение памяти (19%), суицидальные мысли (3%) (рис.2)

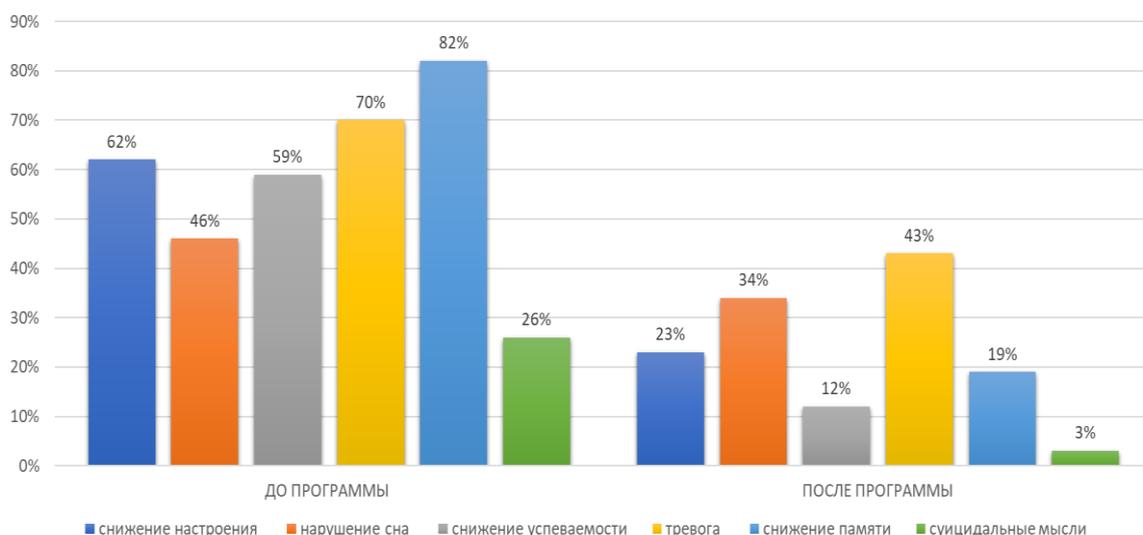


Рис.2 Жалобы, предъявляемые врачу до и после проведения программы развития когнитивных функций и аффективной сферы

Изменяется и суммарное количество баллов по шкале Бека, что составляет до 10 баллов ($p=0.05$). С помощью БОС-Реактор исследования у всех детей были выявлены в разной степени изменения когнитивной сферы: снижение памяти (94%), снижение концентрации внимания (79%).

Все дети дополнительно были осмотрены через шесть месяцев после прохождения программы. Изменение суммарных показателей по шкале депрессии Гамильтона также свидетельствует об уменьшении депрессивной симптоматики через шесть месяцев после проведения программы и составляет 12 баллов. Так, если среднее значение депрессии по шкале Бека до программы составило 19,3 +2,4 балла, то через 6 месяца этот показатель составил 10,2+1,4 балла, что свидетельствует о снижении депрессивного состояния. До проведения программы преобладали дети с тяжелой депрессией, а после занятий по программе значительно уменьшилось число детей с депрессией средней и тяжелой степени тяжести $p < 0,05$. Обращает на себя внимание достоверное снижение тяжести депрессивного расстройства через шесть месяцев после проведения программы развития когнитивных функций и аффективной сферы. Также была выявлена статистически значимая разница по шкале САН через шесть месяцев после применения программы ($p=0.08$). Таким образом, изменение психоэмоционального состояния данной категории детей, склонных к употреблению психоактивных веществ значительно изменяется после применения программы развития когнитивных функций и аффективной сферы. С помощью БОС-Реактор после программы наблюдаем положительные изменения когнитивной сферы: снижение памяти (24%), снижение концентрации внимания (39%).

Отмечается стойкая ремиссия в данной группе детей, что подтверждается заключением химико-токсикологического исследования на наркотические вещества. У всех исследуемых детей не обнаружено наркотических, психотропных и лекарственных препаратов, а также со слов родителей, они отрицают факт употребления алкоголя детьми.

Вывод исследования:

Из данной работы можно сделать вывод, что профилактировать аддиктивное поведение можно с помощью улучшения, развития когнитивных функций и формирования эмоционального интеллекта в виде комплексного подхода данных методов. Именно оттого, насколько они эффективно работают в сочетании, зависит качество умственной деятельности, успех и результативность в жизни. Дети, которые будут стремиться к саморазвитию и улучшению качества жизни, это дети, которые любят себя и не будут вредить своему здоровью. Ведь здоровая нация — это не только физическое здоровье, но еще душевное и социальное здоровье, о котором не стоит забывать! Изменения, выявленные до включения детей в программу развития когнитивных функций и аффективной сферы, значительно изменяются спустя 6 месяцев после программы. Мы наблюдаем снижение депрессивного состояния и улучшение когнитивных функций, а также формирование стойкой ремиссии по поводу пагубного употребления психоактивных веществ.

Развитие головного мозга важный процесс у детей и подростков. Этот процесс начинается ещё до рождения и продолжается всю жизнь. Мозг формирует личность человека, социализирует его, делает его особенным и неповторимым. Правильно сформированный мозг дает ребенку возможность обучаться, познавать мир, общаться, находить себе интересы, развиваться всесторонне. Умный ребенок не будет сталкиваться на своем пути с проблемой зависимости, он не будет губить свой организм. Проблема употребления психоактивных веществ, это удел слабых! Слабых духовно, физически и эмоционально. Правильно организованная профилактическая работа аддиктивного поведения сегодня, решит проблему наркомании завтра!

Список литературы

1. Макеева А.Г. Все цвета, кроме черного: пед. профилактика наркотизма школьников: метод. пособие для учителя 7-9. М., 2005.
2. “Работающие программы”, выпуск 4. Программа “Путешествие во времени”: Методические рекомендации по курсу профилактических занятий для подростков. М., 2000.
3. Аддиктивное поведение и его профилактика. — 2-е изд., стер. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. — 240 с. (Серия «Библиотека психолога».)
4. Анн, Л. Ф. Психологический тренинг с подростками / Л.Ф. Анн. — СПб.: Питер, 2007. — 270 с. — (Эффективный тренинг) — ISBN.