**Конфликтологические аспекты диагностики и коррекции супружеской дезадаптации при параноидной шизофрении**

К. А. Майборода (Харьков)

В результате комплексного социологического, клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и социально-психологического исследования 27 супружеских пар, в которых супруг страдает шизофренией, была выявлена необходимость изучения, наряду с традиционными клиническими, психологическими и социально-психиатрическими факторами реабилитации, ряда обычно упускаемых из виду факторов конфликтности и их бессознательных механизмов.

Такое изучение может быть проведено с использованием направленных методов, при этом очевидно, что традиционные психиатрические (базирующиеся на фармакотерапии и клинической психотерапии) и социально-психологические (конфликтологические) диагностические и коррекционные методы не могут обеспечить необходимой полноты информации, так как практически невозможно выявить бессознательные механизмы поведения с помощью какого бы то ни было чувствительного опросника. С другой стороны, традиционно используемый в психиатрии метод клинического (свободного) интервью, каким по сути является психотерапевтическая беседа, структурирован с медицинской, клинической точки зрения, но не является таковым с точки зрения конфликтного взаимодействия, и, что особенно важно, он не квантифицирован и не позволяет целенаправленно собрать информацию, на основании которой можно будет построить патогенетически обоснованные мероприятия по коррекции супружеской дезадаптации, в частности, снижению уровня межличностной конфликтности.

В связи с этим была использована диагностическая методика, включающая элементы психотехники, в частности, направленные на выявление бессознательных механизмов конфликтного поведения - психоаналитически-ориентированное клиническое нарративное интервью (В. В. Чугунов, 1997), в нашей модификации.

Эта диагностическая методика дополняет разработанные в социологии конфликта и конфликтологии методы, обладает высокой чувствительностью к бессознательным областям и механизмам, а также мотивам конфликтного поведения, проста в применении в амбулаторных условиях, универсальна, имеет "мягкую" структуру для обеспечения возможности адаптации к конкретным условиям и респондентам, по форме приближается к клиническим методам (собеседованию, анамнестическому исследованию и др.) для адаптивного применения в психиатрической практике.

В применении этой методики мы ориентировались на построение трёхкомпонентных моделей конфликтного взаимодействия (В. В. Чугунов, 1997), с учётом структуры супружеских отношений и факторов их деструкции. Психоаналитически-ориентированное нарративное интервью в целях настоящего исследования было разработано для конфликтной модели "пациент - социальные условия - супруга", как распространённой и повышенно конфликтогенной, а также снижающей длительность ремиссий и приводящей к обострению заболевания; помимо этого, данная модель насыщена бессознательными мотивациями и механизмами.

Процедура интервью включала в себя четыре этапа соответственно своей логической структуре, в течение каждого из которых выявлялись основные смысловые блоки интервью. Этапы интервью: 1) исследование семейного анамнеза (истории семьи и семейного здоровья); 2) исследование личного анамнеза (истории жизни); 3) анамнез заболевания (история психического расстройства и этапы дезадаптации); 4) исследование истории конфликта.

Каждый этап интервью включал исследование объективного анамнеза и изучение субъективной истории; при этом источники информации для сбора "объективной" и "субъективной" составляющих различались для каждого этапа. Каждый этап интервью также включал: а) повествование; б) ассоциативный эксперимент (в качестве ключевых использовались слова и понятия, имеющие отношение к проблематике конкретного конфликта); в) свободное ассоциирование (использовались выявленные в ходе предыдущего эксперимента индивидуально-значимые слова-раздражители); г) обсуждение и сравнение объективной и субъективной историй, выявление и прояснение несоответствий И и противоречий; Д) выявление и осмысление смысловых блоков интервью.

Представленные в интервью смысловые блоки следующие: "Экспектации", "Основания претензий", "Стиль поведения", "Готовность к сотрудничеству".

В результате исследований были получены данные, свидетельствующие о ведущей роли в развитии супружеской дисгармонии неосознанного высокого уровня конфликтной напряжённости вследствие повышенной агрессивности пациентов, нарушения ожиданий их жён в отношении социального положения и внутрисемейных отношений, а также патогенного влияния социальной стигматизации страдающих шизофренией.

Система мероприятий по снижению уровня конфликтности, направленная на коррекцию супружеской дезадаптации, была разработана в соответствии с логикой исследования и учётом структуры конфликтной модели "пациент - социальные условия - супруга". Она включает: а) мероприятия по нивелированию последствий социальной стигматизации и формированию адекватного отношения к болезни и установки на сотрудничество, направленные на обоих супругов; б) мероприятия, направленные на снижение агрессивности пациентов и коррекцию их конфликтного поведения; в) мероприятия по интериоризации реалий болезни, направленные на супругу.

Мероприятия по нивелированию последствий социальной стигматизации и формированию адекватного отношения к болезни и установки на сотрудничество направлены на обоих супругов и проводятся по отдельности с каждым из них и совместно. В первую очередь проводится информирование пациентов и их супруг о социальной роли заболевания, разъясняется необоснованность социальной стигматизации при шизофрении и формируется правильное отношение к социальным последствиям болезни.

Далее проводится детальное ознакомление супругов по отдельности с результатами диагностического интервью и всеми его смысловыми блоками. Это знание, проникновение в мир переживаний супруга (супруги) приводит к устранению "конфликта коммуникаций" за счёт появления личностной окраски отношения к переживаниям другого, понимания его чаяний и надежд, разделения тревог и опасений, что, в конечном итоге, снижает уровень конфликтности.

Мероприятия, направленные на снижение агрессивности пациентов включают, помимо комплекса психокоррекционного (фармако-терапевтического) и психотерапевтического воздействий, проводимых в связи с общими задачами поддерживающей терапии, модификации методики "условного двойника", предложенной В. С. Чуднов-ским (1983) для изучения транзитивности, и несущей в связи с задачами нашей работы функции снижения уровня конфликтности.

При использовании методики "воображаемого двойника", пациенту предлагается представить себе, что он встретил знакомого, с которым давно не виделся. Знакомый с волнением рассказывает, что с ним творится что-то неладное, при этом излагается описание болезненных переживаний и нарушенного поведения самого пациента.

Тренинговые и коррекционные функции данного варианта методики состоят в осознании факта наличия психического заболевания и (или) отдельных его проявлений.

При применении методики "конкретного двойника" пациент присутствует при беседе врача с другим больным со сходной картиной психического заболевания и (или) похожей ситуацией конфликта. Затем испытуемому предлагается оценить состояние "двойника" (в отсутствии последнего) и дать ему совет и рекомендации по действиям в конкретной ситуации. В процессе тренинга, выполняющего также реабилитационную (активирующую и ресоциализационную) роль, способность к транзитивности и коммуникабельности возрастает, вследствие чего снижается агрессивность пациента.

Использование методики "обобщённого двойника" предполагает, что пациенту предлагается прочитать отрывок из учебника или руководства по психиатрии, в котором приводится обобщённое описание клиники заболевания, сходной с заболеванием испытуемого, и дать ей оценку в сравнении со своим собственным состоянием.

В процессе данного варианта тренинга на превый план выходит ролевой компонент, пациент как бы "подменяет" врача, оценивая сходное с собственным состояние с позиций принятых диагностических критериев, что также играет адаптирующую роль и ведёт к снижению уровня конфликтности.

Мероприятия по интериоризации реалий болезни и госпитализации проводятся уже в процессе проведения психоаналитически-ориентированного нарративного интервью; осознание бессознательных механизмов и мотиваций, высказывание ранее не высказанного приводят к изменению восприятия ситуации болезни и конфликтной ситуации вследствие: 1) интериоризации реалий психического заболевания; 2) снижения конфликтной готовности вследствие своеобразного катарсиса, отреагирования бессознательных переживаний; 3) повышения готовности к реализации адаптивного стиля поведения и сотрудничеству.