

## Социальная адаптация в алкогольных семьях

ШАЙДУКОВА Л.К. д.м.н., профессор, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»,  
e-mail: shaidukova@list.ru

*При исследовании особенностей алкогольных семей, в которых оба супруга злоупотребляли алкоголем, были выделены три их варианта: алкогольно-невротический, алкогольно-олигофреноподобный и алкогольно-социопатический. Изучение социальной адаптации в соответствии с созданной для этих целей «Методикой оценки социально-трудовой адаптации больных алкоголизмом в периоды злоупотребления алкоголем и ремиссии» показало, что в различных типах алкогольных семей она отличается, что является важным для дальнейшей реабилитации супругов.*

**Ключевые слова:** алкогольные семьи, социальная адаптация, реабилитация

### Введение

Социальная адаптация больных алкоголизмом является одним из важных показателей течения заболевания, степени злокачественности, темпов формирования. С углублением заболевания, утяжелением его клинической картины изменяются показатели социально-трудового статуса, возникают вначале лёгкие, затем умеренные и выраженные нарушения социально-трудовой адаптации. Алкоголизм, как заболевание социо-биологическое, зависит как от внешних, социально-обусловленных факторов, так и от внутренних, индивидуально-биологических параметров, поэтому исследование внешнеситуационных изменений является важным в плане прогнозирования течения алкоголизма в целях психосоциальной коррекции.

Социальная адаптация женщин, страдающих алкоголизмом, находящихся в браке с больными алкоголизмом мужчинами, происходит под воздействием супружеского партнёра, поэтому изучение этого параметра целесообразно проводить у обоих супругов. В этих случаях речь идёт о парном, супружеском алкоголизме (вариант алкогольных семей) с особой системой адаптации, но системные проблемы зависимости возникают и в семьях с семейно-родительскими формами злоупотребления алкоголем, и при наличии одного больного алкоголизмом — при наличии зависимости у его партнёра [1—3].

Возникновение сходных паттернов поведения у супругов в алкогольных семьях можно объяснить известной концепцией «гомеостатического равновесия» с приведением различных параметров функционирования (в данном случае в семейной системе) к единообразию. Согласно этой концепции, при наличии дефекта у одного члена семьи (алкогольной зависимости), социальной и поведенческой ущербности) появляется дискордантность взаимодействия, поэтому для семейно-ролевого выравнивания происходит своеобразное «прививание» определённого дефекта другому, интактному партнёру — этим достигается ролевое равновесие.

Социальная адаптация осуществляется в сферах, обозначенных как «семья — работа — общество», и изменения именно по этим «социальным осям» указывают на деструкцию, причиной которой является, в том числе, алкоголизм. Независимо от политических, экономических, этно-культуральных и многих других параметров по-прежнему остаются актуальными семейно-бытовые отношения, трудовая деятельность и общественные отношения. В данной публикации представлены исследования социальной адаптации семей, в которых оба супруга страдали алкоголизмом.

### Объект и методы исследования

#### Объект исследования

Многолетнее изучение 129 семей, в которых оба супруга злоупотребляли алкоголем, показало, что по своим клинко-типологическим особенностям они были неоднородными. Выделялись 3 типа алкогольных семей: алкогольно-невротический (29 пар), алкогольно-олигофреноподобный (37 пар), алкогольно-социопатический (63 пары, из них 34 пары находились в сожительстве).

#### Методы исследования

Основными методами исследования являлись клинко-психопатологический и экспериментально-психологический.

Для более полной оценки была использована «Методика оценки социально-трудовой адаптации больных алкоголизмом» [4]. Оценка социальной адаптации в периоды ремиссий осуществлялась при помощи нашей модификации вышеназванной методики [5], однако ряд положений в настоящее время не является актуальным, поэтому в данной работе применён последний, усовершенствованный вариант.

Оценка этого параметра осуществлялась по трём основным шкалам: шкале семейно-бытовых отношений, шкале трудовой деятельности, шкале обществен-

ных отношений. Оценка «0» характеризовала определённую нормативность признака, присущую здоровой адаптации. В период злоупотребления алкоголем изменения социально-трудо­вой адаптации больных квалифицировались оценками (-1), (-2), (-3) по степени ухудшения качества этого параметра алкоголизма — от лёгких нарушений социально-трудо­вой адаптации до глубокой дезадаптации.

Исследования качества ремиссий при алкоголизме [6] позволяют утверждать о неоднородности социально-трудо­вой адаптации больных алкоголизмом в период воздержания от алкоголя, об определённых нарушениях с иной — «трезвеннической» окраской. Эти особенности были обозначены противоположным знаком и по степени дисбалансированности оценивались по той же трёхбалльной градации — (+1), (+2), (+3). С позиций системного подхода это объясняется тем, что ремиссия при алкоголизме — часть заболевания, поэтому в этот временной промежуток также возможны нарушения ряда социобиологических параметров. Следует отметить, что социально-поведенческая гипокompенсация в период злоупотребления алкоголем в большинстве случаев коррелирует с гиперкомпенсацией в период воздержания, но это положение не абсолютно для всех больных и тем более семей. Более того, если гипокompенсация является, как правило, началом негативных сдвигов, свидетельствующих о социальной деструкции, то гиперкомпенсаторное поведение, описанное некогда Альфредом Адлером, является, скорее, позитивным проявлением, свидетельствующим о «ремиссионных» сдвигах.

Новая методика отображает степени социально-поведенческих нарушений в период воздержания от злоупотребления алкоголем. Каждая шкала содержит три подшкалы, оценка параметра осуществляется по девятибалльной системе. Зона оценок от (-1) до (-3) и от (+1) до (+3) соответствует лёгкой гипо- и гиперкомпенсации. Зона оценок в пределах (-3) до (-6) и (+3) до (+6) соответствует умеренной декомпенсации; зона оценок от (-6) до (-9) и от (+6) до (+9) соответствует выраженной декомпенсации.

*Оценка социально-трудо­вой адаптации больных алкоголизмом в периоды злоупотребления алкоголем и ремиссии*

### *I. Шкала оценки семейно-бытовых отношений*

#### *A. Внутрисемейные отношения*

+3 — Постоянная напряжённая атмосфера в семье, систематические конфликты, связанные с деспотизмом. Оппозиционное отношение к родственникам, не имеющим выраженных трезвеннических установок.

+2 — Эпизодические конфликты в семье, связанные с чрезмерной опекой со стороны супругов, их вмешательством во все семейные дела, стремлением

диктовать свои правила общежития. Сужение круга знакомых.

+1 — Подчёркивание своей любви, преданности, самоотверженности в отношениях с близкими. Претензии на роль образцового семьянина.

0 — Благополучные семейные отношения. Возможны непринципиальные конфликты. Не подрывающие основ семьи.

-1 — Эпизодические семейные конфликты, их постепенная систематизация. Атмосфера недоверия, фальши, ревности. Игнорирование семейных обязанностей.

-2 — Устранение от воспитания детей. Возможен разрыв супружеских отношений, либо создание алкогольной семьи с созависимым типом взаимоотношений. Появление иждивенческих тенденций.

-3 — Утрата родственных связей. Одиночество. Уклонение от материальной помощи детям и родителям. Безразличие к их судьбе.

#### *B. Материально-бытовое положение*

+3 — Скопидомство, утаивание денег, конфликты, связанные с распределением семейного бюджета. Материальный уровень снижается из-за непоступления денежных доходов общей семейный бюджет.

+2 — Склонность к накопительству. Устранение семьи от главных вопросов ведения хозяйства, предоставление членам семьи исполнительских функций. Взятие распределение денежных ресурсов свои руки. Материальный уровень остаётся прежним.

+1 — Стремление к признанию своих хозяйственных способностей. Односторонняя заинтересованность вопросами устройства быта, материальным достатком. Повышение материального уровня.

0 — Материально-бытовые условия соответствующего доходу семьи

-1 — Материальный уровень снижается в связи с непоступлением заработной платы в семейный бюджет. Домашние обязанности выполняются формально.

-2 — Систематические долги. Частые периоды безденежья, ограничивающие основные потребности семьи. Уклонение от домашних дел. Нетребовательность к внешнему виду и условиям быта.

-3 — Отрицательный баланс семейного бюджета. Неоплаченные долги. Продажа вещей. Невыполнение правил общежития.

#### *B. Содержание досуга*

+3 — Заполнение досуга извращённой социальной деятельностью. Сутяжные, кверулятские тенденции.

+2 — Обеднение досуга за счёт сужения интересов и потребностей.

+1 — Увлечение «престижными» занятиями по гиперкомпенсаторным мотивам. Материализация досуга.

0 — Активный содержательный отдых. Реализация досуга для удовлетворения творческих и эстетических потребностей.

-1 — Охлаждение к прежним увлечениям. Примитивизация досуга. Преобладание пассивного отдыха над активным.

-2 — При отсутствии прежних интересов большая часть свободного времени проводится вне семьи, в поисках компании и зрелищ.

-3 — Полное отсутствие эстетических и творческих интересов. Свободное время проводится в бездействии или антиобщественных развлечениях.

## *II. Шкала оценки трудовой деятельности*

### *А. Профессиональная деятельность*

+3 — Систематические конфликты. Безработица.

+2 — Требование особого внимания к своей профессиональной деятельности, утверждение об ущемлении её со стороны сотрудников и руководства, эпизодические конфликты на профессиональном поприще. Частая смена места работы

+1 — Показное проявление гиперкомпетентности, незаменимости. Демонстрация своей трудоспособности, деловитости. Возможно выполнение трудоёмкой, «черновой» работы.

0 — Профессиональный рост, овладение новыми знаниями в соответствии со способностями.

-1 — Шаблонизация выполняемой работы, избегание новых творческих задач. Удовлетворённость невысоким уровнем знаний, малоквалифицированным трудом.

-2 — Возможное снижение имеющейся квалификации. Эпизодические конфликты. Частая смена мест работы.

-3 — Систематические конфликты. Редкие случайные заработки на недифференцированных местах работы. Безработица.

### *Б. Трудовая дисциплина*

+3 — Извращённое отношение к вопросам труда. Превращение борьбы за дисциплину в самоцель, потеря изначальной целесообразности.

+2 — Требования соблюдения трудовой дисциплины от окружающих, крайне жёсткие позиции в отношении нарушителей.

+1 — Демонстрация повышенной ответственности, обязательности, исполнительности. Неукоснительное соблюдение трудовой дисциплины, нетерпимость к злоупотреблению алкоголем.

0 — Соблюдение трудовой дисциплины. Отдельные нарушения корректируются без вмешательства администрации.

-1 — Тенденция к уклонению от работы при ослаблении контроля. Недобросовестность в выполнении заданий.

-2 — Прогулы, систематические опоздания. Использование рабочего времени для посторонних дел. Игнорирование замечаний.

-3 — Безответственное отношение к труду, увольнение за нарушение трудовой дисциплины, уклонение от труда. Тунеядство как образ жизни.

### *В. Отношения в трудовом коллективе*

+3 — Расширенная конфликтная деятельность в коллективе.

Конфликты систематические, стереотипные, возможен разрыв взаимоотношений с коллегами. Появление у больных нетерпимости, непримиримости, категоричности, своеобразной «чёрно-белой» логики, по которой строятся взаимоотношения с окружающими.

+2 — эпизодические конфликты с отдельными сотрудниками или представителями администрации. Оппозиционность в их отношении.

+1 — Стремление быть «душой коллектива». Подчёркивание своей солидарности. Чрезмерная зависимость от мнения коллектива.

0 — Хорошие и достаточно дифференцированные отношения с коллегами.

-1 — Обособленность, равнодушие к делам к при формальном характере отношений.

-2 — Повторные конфликты с администрацией и сотрудниками как результат ненадёжности больных. Оппозиционность в отношениях.

-3 — Нетерпимость больных вплоть до административных взысканий и увольнений.

## *III. Шкала оценки общественных отношений*

### *А. Общественное окружение*

+3 — Обособленность. Отнесение себя к особой категории людей, возможно одиночество.

+2 — Полная смена микросоциума. Отказ поддерживать прежние знакомства, игнорирование родственных связей, возможны ограниченные контакты с «бывшими алкоголиками» /членами ААА/.

+1 — Стремление к избранному, высокоинтеллектуальному или более влиятельному (или материально обеспеченному) обществу. Неудовлетворённость в отношениях с равными.

0 — Окружение соответствует общественному положению и внутреннему содержанию индивидуума. Отношения прочные, равноправные.

-1 — Утрата глубоких дружеских отношений в пользу появления поверхностных, формальных связей. Недостаточная требовательность к выбору окружения.

-2 — Преобладание среди знакомых «собутыльников», разрыв прежних отношений, избегание давних знакомых.

-3 — Фактическая изоляция от общества, или беспорядочные, неразборчивые знакомства.

*Б. Морально-этический уровень*

+3 — Стремление неукоснительно следовать морально-этическим стандартам. Склонность к морализаторству, нравоучениям, появление ханжества. Подчёркнутое правдоискательство, отсутствие гибкости во взаимоотношениях, психологический экстремизм. Значительная выраженность этих проявлений, конфликты носят систематический характер.

+2 — Умеренная выраженность этих проявление, конфликты носят эпизодический характер в ограниченной сфере.

+1 — Стремление быть признанным примером для окружающих, вести поощряемый образ жизни.

0 — Поведение основано на внутренних нравственных убеждениях, соблюдение социальных норм.

-1 — Постепенное нравственное оскудение, допущение аморальных, юридически ненаказуемых действий. Отдельные нарушения общественного порядка.

-2 — Общественно порицаемый образ жизни. Повторные антиобщественные действия или грубые нарушения общественных норм, требующих вмешательства органов милиции.

-3 — Антиобщественное поведение, ведущее к судебной ответственности, богатый криминальный анамнез.

*В. Общественная активность*

+3 — Извращение общественной активности: сутяжные, кверулянтские тенденции.

+2 — Эпизодические конфликты на общественном поприще.

+1 — Сверхактивная общественная жизнь. Чрезмерная инициативность. Стремление компенсировать прежнее негативное общественное мнение.

0 — Достаточная активность, оптимальное проявление общественной заинтересованности.

-1 — Появление формальности, пассивности, равнодушия, уклонения от социально-общественной информации.

-2 — Неосведомлённость об общественных событиях, незаинтересованность, полное устранение от общественной жизни.

-3 — Антиобщественный образ жизни.

**Результаты исследования**

Следует отметить, что данная методика была создана согласно исследованиям мужского контингента больных, т.е. обладала определённой гендерной спецификой, поэтому при изучении алкогольных семей акцент делался на социальных модусах поведения супругов. Вместе с тем, как уже отмечалось выше, существует определённое единообразие алкогольных семей, по которому и выделены преобладающие типы:

алкогольно-невротический, алкогольно-олигофреноподобный, алкогольно-социопатический. Они формировались и в результате психологической ассортативности на этапе выбора супружеского партнёра [7, 8], и в результате взаимной характерологической трансформации при длительном проживании и злоупотреблении алкоголем. Наши исследования показали, что существует определённое своеобразие социально-трудоустройственной адаптации больных алкоголизмом супругов в алкогольных семьях различного типа.

*Алкогольно-невротический* тип семей характеризовался сочетанием алкоголизма и психогений. Эти семьи можно было назвать «проблемными», но проблемы возникали не из-за нарушения социальной адаптации, а из-за межличностных внутрисемейных взаимоотношений. Последние либо изначально были стрессовыми, либо становились таковыми в результате злоупотребления алкоголем одним из супругов.

При исходных нарушениях семейных взаимоотношений, когда семейный невроз был первичным и характеризовался наличием конфликтов, алкоголь служил супругам средством борьбы с фрустрациями. Он являлся универсальным «адаптогеном» с многообразными функциями: коммуникативной (алкоголь — посредник в нарушенном общении супругов), релаксирующей (алкоголь — семейный транквилизатор), сексуально стимулирующей (алкоголь — стимулятор полового влечения супругов, с средством снятия предкоитального напряжения у жён, проявления «невроза ожидания» у мужей, средство улучшения количественных и качественных параметров у мужчин).

При употреблении алкоголя супругами в этих семьях наблюдался парадоксальный, на первый взгляд, феномен — несмотря на возникновение у супругов серьёзной проблемы — алкоголизма, взаимоотношения в семье временно улучшались. Это объяснялось тем, что супруги консолидировались на алкогольной почве: исчезал психологический диссонанс во время совместного употребления алкоголя, появлялась «взаимовыручка» при абстинентных явлениях. Сексуальные дисгамии, отмечаемые ранее, либо исчезали, либо переставали быть стрессогенными, однако по мере утяжеления алкоголизма у женщин достигнутая на начальных этапах согласованность супругов исчезала, заменяясь более грубой дисгармонией.

В случаях, когда нарушения взаимоотношений были вторичными, связанными с алкоголизмом одного из супругов, картина была несколько иная. В этих семьях алкоголь выполнял также и манипуляционную функцию. Так, обследованные женщины отмечали, что начальная алкоголизация их мужей усиливалась в ситуации благополучных отношений и ослаблялась в пе-

риод затянувшихся конфликтов. Пациентки утверждали, что улучшение семейного микроклимата, ситуация «перемирия» с возможностью возобновления нормативных супружеских отношений влекли за собой ещё более выраженную алкоголизацию их мужей. Не исключено, что опьянение мужчин из подобных семей являлось подсознательной формой отсрочки или избегания нежелательных контактов с жёнами.

Причиной семейного невроза в подобных семьях был алкоголизм мужей, но инициаторами невротического стиля отношений были жёны, которые на начальных этапах боролись с пьянством мужей. Причины последующей алкоголизации жён были разными: ощущение безысходности ситуации, слом механизмов «борьбы», реакции протеста, стремление наказать мужей собственным пьянством и т.д. Алкоголизм мужей изменял психологический облик жён больных, их систему ценностей — появлялись патологические формы реагирования, одной из которых становился поздний женский алкоголизм.

Эти семьи характеризовались неглубокими нарушениями социально-трудовой адаптации в периоды злоупотребления алкоголем и незначительными отклонениями — в периоды ремиссий и светлых промежутков. Нарушения касались, в основном, семейно-бытовой сферы и сопровождались систематическими семейными конфликтами, угрозой разрыва супружеских отношений, игнорированием семейных обязанностей или формальным их исполнением, обеднением домашнего досуга, ослаблением супружеских связей. Материальный уровень семей либо оставался прежним, либо незначительно снижался. В общественной и трудовой сферах глубоких нарушений также не наблюдалось — отмечалась некоторая шаблонизация выполняемой работы, временами появлялось небрежное, недобросовестное отношение, потеря инициативности, служебной исполнительности, определённый формализм, отдельные, юридически ненаказуемые, нарушения общественного порядка, появление среди друзей случайных людей, собутыльников.

У обследованных женщин отмечался более замкнутый круг алкогольного общения — в компании подруг, либо в одиночку. В этих семьях межличностные взаимоотношения были нарушены глубже, чем социальные; алкогольная симптоматика имела «амбулаторный» уровень и не десоциализировала их в обществе. Несмотря на это, наличие в семье заболевания и вовлечённость обоих супругов различной степени выраженности порождало стремление к социальной компенсации: в светлых промежутках и в периоды ремиссий наблюдались специфические психологические тенденции, в соответствии с которыми строился весь поведенческий стереотип — это гиперкомпен-

саторное стремление «доказать», и «угодить». У этих лиц (у мужчин значительно чаще, чем у женщин) наблюдалось стремление к показу своей гиперкомпетентности в профессиональных вопросах, доказательству своей осведомлённости, незаменимости с демонстрацией деловитости, занятости, активности, трудоспособности. Эти пациенты вне абзусов стремились к соблюдению дисциплины для доказательства своего отношения к работе. Они старались одеваться подчёркнуто аккуратно, не допуская погрешностей в одежде. В коллективе эти лица добивались положительной оценки своего поведения, были чрезмерно зависимы от общественного мнения, старались заделаться всеобщими любимцами, «душой коллектива», снискать популярность у окружающих.

В общественной жизни больные были сверхактивны, проявляя порой показную инициативность, ревностно выполняя поручения. Общественные отношения складывались из стремления угодить влиятельным лицам, членам коллектива, от которых зависела их дальнейшая карьера в период возможного срыва ремиссии. В целом, больные старались вести общественно поощряемый образ жизни, быть признанным примером для окружающих. Нередко наблюдался действительно, а не показной «уход в профессионализм» с повышенной продуктивностью, взлётом творческой активности, однако по окончании работы вновь наступал период «оправданного» злоупотребления алкоголем.

Примечательно, что наступление ремиссий у супругов было конкордантным, почти одновременным — обследованные женщины отмечали, что в «сухие периоды» у мужей они также стремились снизить частоту алкоголизации, либо вообще прекратить пить, так как «появлялась надежда на улучшение жизни, возобновление нормальных супружеских отношений». У мужчин из подобных семей преобладала гиперкомпенсация в общественно-трудовой сфере, у обследованных женщин — в семейно-бытовой.

*Алкогольно-олигофреноподобный* тип характеризовался «недоразвитостью» у супругов всех сфер: интеллектуальной, мыслительной, эмоциональной, восприятия. Минимальный словарный запас, преобладание в лексиконе нецензурных слов-связок, отсутствие знаний, узкий кругозор, банальность, стереотипность мышления, его трафаретность и примитивизм, своеобразная эмоциональная упрощённость, то есть отсутствие сложных эмоций — печали, грусти, иронии, изначально грубый «проалкогольный» юмор, лёгкость актуализации низших эмоций, неоформленность высших — вот характеристика супругов. Отмечалась определённая деструктурированность психического склада — отсутствие смысловой наполненности, глубокого

содержания поступков, упрощённость мотивов, примитивность побуждений. Эти лица стояли на низком уровне и по образованию, и по духовно-нравственному развитию, и по социально-трудовому статусу (мало-квалифицированные профессии, преобладание низкоинтеллектуального труда).

При исследовании супругов выявлялся феномен «ложной деградации»: эти лица казались рано деградировавшими личностями с явными алкогольными изменениями, хотя в реальности регресс характерологического облика супругов был незначительным. Несмотря на сохранение внешних контуров семьи, она при длительном злоупотреблении алкоголем супругами изменялась изнутри. Так, у мужей в поведении преобладала брутальность, взрывчатость, грубое отношение к жёнам, проявляющееся в придирках, оскорблениях, избиении жён. Характер женщин изменялся в двух направлениях — в сторону огрубения, появления чисто мужского типа реагирования, либо в сторону снижения активности, беспрекословного подчинения мужу, пассивно-зависимого поведения.

В подобных семьях выявлялись более полярные расхождения в социально-трудовой адаптации в периоды злоупотребления алкоголем и в периоды ремиссий и светлых промежутков. В этих семьях адаптация была более грубой независимо от процесса употребления алкоголя, приобретая гиперкомпенсаторные качества в периоды ремиссий и гипокompенсаторные — в периоды злоупотребления алкоголем.

В периоды злоупотребления отмечались нарушения в семейно-бытовой сфере в виде конфликтов в семье, порой доходивших до скандалов с односторонним или взаимным рукоприкладством, игнорированием ведения хозяйства и растраты семейного бюджета во время запоев. Довольно сложно было оценить степень обеднения досуга, так как для подобных семей изначально был характерен примитивный досуг, отсутствие творческих и эстетических интересов. Также мало изменялись производственные показатели, связанные с квалификацией — супруги и до злоупотребления алкоголем выполняли низкоквалифицированную монотонную работу, не требующую творческого подхода, однако в период пьянства от опоздания, прогулы, внеурочные отпуска, связанные с запоями, антиобщественные действия или более грубые нарушения общественных норм. Общественная активность также была изначально низкой независимо от процесса употребления алкоголя — супруги отличались неосведомлённостью в жизни общества.

У части больных отмечалась полная конкордантность в социально-бытовой адаптации, совпадение периодов злоупотребления и ремиссии с супругами. Это объяснялось тем, что на определённом этапе становления «супружеского алкоголизма» в подобных

семьях был так называемый «общий алкогольный стол» — совместное употребление алкоголя супругами. У других женщин наблюдался индивидуальный ритм заболевания — в этих случаях периоды злоупотребления и светлые промежутки не совпадали по времени, но совпадали по своим характеристикам.

В ремиссии супруги компенсировали нарушения, допущенные в период пьянства. У обследованных женщин отмечалась умеренная компенсация: в семейно-бытовой сфере наблюдалось подчёркивание своей любви и преданности в отношении близких, заинтересованное ведение хозяйства, временное повышение материального уровня. В профессиональной сфере отмечалась тенденция «наверстать упущенное», «отработать прогулы», что проявлялось соблюдением трудовой дисциплины, безоговорочным выполнением любой сверхурочной работы, исполнением непрестижной, черновой работы. В общественной жизни женщины стремились вести поощряемый образ жизни, ревностно выполняли данные им поручения у супругов (мужей) ремиссионная компенсация была грубее и приобретала выражено гиперкомпенсаторные черты.

В семейно-бытовой сфере это проявлялось в усилении контролирующей функции, что выражалось в рьяном исполнении роли «хозяина семьи», часто в жёстком, требовательном, непримиримом отношении к домашним. В семье больные старались ввести жёсткий контроль и опеку, урезали членов семьи в их правах, диктовали свои правила общежития. Эти лица представляли жёнам исполнительскую роль в ведении домашнего хозяйства, выполняя контролирующие функции над ними — распределение денежных ресурсов брали в свои руки.

Ряд женщин сообщили о длительных ремиссиях у своих мужей. Ретроспективные отчёты позволяют сделать заключение о более выраженной гиперкомпенсации больных алкоголизмом в эти периоды: в общественно-трудовой сфере больные стремились диктовать окружающим вновь приобретённые принципы, которые отличались крайностью. Морально-этический уровень больных выражался в декларируемой ими высокой нравственности, неукоснительном соблюдении морально-этических норм и стандартов, отмечалась склонность к морализаторству и нравочужению, во взаимоотношениях с окружающими проявлялись такие качества как категоричность, прямолинейность, ригидность однажды принятых позиций принципов, правдоискательство, отсутствие гибкости. В трудовой и общественной сферах гиперкомпенсаторное поведение не имело широкого общественного резонанса лишь из-за низкого социально-трудового статуса больных — лица из этой категории семей занимали низкие ступени в профессиональной иерархии

и не имели высоких трибун для авторитаризма. В некоторых случаях можно судить об определённых существенно-кверулянтских тенденциях в период длительных ремиссий. Некоторые обследованные женщины заявили о разрыве супружеских отношений в период ремиссий у их мужей, которые возобновлялись лишь после рецидивов заболевания у них, другие женщины официально продолжали супружеские отношения, однако ряд существенных функций семьи не исполнялись супругами.

*Алкогольно-социопатический* тип семьи характеризовался грубым нарушением общественных норм. Формирование брачной пары в большинстве случаев происходило в алкогольной среде и алкогольной ситуации. Для этих пар была характерна обоюдная ранняя алкоголизация, быстрое формирование изменённых форм опьянения, изначальное стремление к групповым формам употребления алкоголя, нарушения поведения с психопатоподобными проявлениями. Поведенческие нарушения у супругов проявлялись в виде возбудимости, агрессивности, нетерпимости, демонстрации своей неподчиняемости, оппозиционности поступков, что вело к асоциальности в быту — цинично-бранным аффектам, разрушительным действиям, гетероагрессии в виде хулиганства, применения силы, принуждения супруги к половому контакту. Поведение жён по форме также было психопатоподобным, однако с преобладанием истероидного компонента: женщины придавали зрелищность семейным скандалам, стремились «делать всё на миру», то есть привлечь зрителей к ссорам, бурно выражали своё негодование. Примечательно, что сексуальная активность супругов не снижалась: половые эксцессы чередовались с алкогольными, или даже сопровождались ими. Сексуальные взаимоотношения принимали порой борцовский характер с элементами насилия, агрессивно-садистическими тенденциями. Вместе с тем, ошибочным было бы полагать, что алкоголизация являлась только способом решения половых проблем супругов, механизмом сексуальной адаптации, подобный стиль половых взаимоотношений, также как алкоголизация, являлись закономерным следствием всего психологического (психопатологического) облика супругов, среди которых преобладали психопатические личности неустойчивого, возбудимого, истерического круга.

Выделение алкогольно-социопатических семей в отдельную категорию осуществлялось по признаку наличия у супругов социопатического поведения, характеризовавшегося систематическим попранием общественных норм и установок. В этих семьях изначально присутствовала асоциальность как характерологическая черта каждого из супругов, которая при зло-

употреблении алкоголем переходила в социопатию. Оценку социально-трудовой адаптации супругов возможно было осуществить только на период злоупотребления алкоголем, так как ремиссий в подобных семьях не наблюдалось, а светлые промежутки были кратковременными, не меняющими характеристик каждого из супругов и семьи в целом. Наблюдалась социальная декомпенсация различной степени выраженности: от селективной до тотальной. При выраженной селективной дезадаптации наблюдалось полное игнорирование отдельных семейных и общественных функций или плохое исполнение всех социальных функций. При тотальной дезадаптации наблюдалось тотальное выпадение социальных ролей и функций индивидуума и семьи. К семейным функциям были отнесены духовная (роли «хранителя очага», «носителя морали и нравственности семьи»), хозяйственно-бытовая (роли «материального обеспечителя», «хозяина»), воспитательная (роли «отца», «матери», «воспитателя»), сексуальная (роль «сексуального партнёра»). К общественно-трудовым функциям относились производственно-профессиональная (роли «работника», «профессионала»), общественная (роли «сотрудника», «начальника», «подчинённого»).

По нашим наблюдениям, в алкогольно-социопатических семьях существовала своеобразная очерёдность «выпадения» социальных функций и ролей: вначале страдали духовная функция и контакты внутри семьи, затем хозяйственно-бытовая, воспитательная и лишь в последнюю очередь — сексуальная. Последняя функция в подобных семьях могла компенсаторно усиливаться, приобретать чрезмерный — эксцессивный характер.

«Методика» отображала все особенности социально-трудовой адаптации в алкогольно-социопатических семьях. В семейно-бытовых отношениях наблюдалось игнорирование семейных обязанностей, формальное исполнение, уклонение от воспитания детей, передачей их родителям или родственникам, в выраженных случаях отмечалось лишение родительских прав. Материальный уровень заметно снижался в связи с частичным или полным непоступлением заработка в семейный бюджет, в кратковременные светлые промежутки супруги лишь частично восполняли семейный бюджет для обеспечения основных жизненных потребностей.

При длительном злоупотреблении алкоголем супругами отмечались систематические долги, сопровождавшиеся продажей вещей, превращением семейного уклада в общественно-притонный, наблюдалось обеднение досуга, отсутствие эстетических и творческих интересов, замена высших потребностей низшими, нередко отмечались антиобщественные развлечения.

В трудовой деятельности также отмечалось снижение в виде частых смен мест работы, уклонения и недобросовестного исполнения профессиональных обязанностей, безответственного отношения к труду, конфликтов с администрацией, сопровождавшихся увольнениями. В ряде случаев больные удерживались на рабочих местах, однако последние отличались определённым своеобразием (больные устраивались на работу санитарями, работниками моргов, сторожами, работниками кладбища и т.д., преобладали «черновая» или по времени нерегламентированная работа).

Как следствие всего психопатоподобного облика супругов изменялся и состав общественного окружения — появлялись «собутельники» (случайные люди, объединённые алкогольными интересами), деклассированные элементы. В выраженных случаях наблюдались антиобщественные действия, грубые нарушения общественных норм, богатый криминальный анамнез. В алкогольно-социопатических семьях происходило «размывание» семейных контуров — семья теряла свою замкнутость в связи с переходом на групповые формы употребления алкоголя, потерей семейных функций и ролей, в ряде случаев семья существовала формально.

Таким образом, была выявлена клинико-психологическая неоднородность «алкогольных семей», в которых оба супруга злоупотребляли алкоголем, с выделением трех вариантов: алкогольно-невротического, алкогольно-олигофреноподобного, алкогольно-социо-

патического. Социально-трудовая адаптация в периоды злоупотребления и ремиссий (светлых промежутков), изученная с помощью созданной для этих целей «Методики», также отличалась определёнными особенностями, присущими данным семьям, что необходимо учитывать для проведения семейной психотерапии, создания реабилитационных программ.

### Список литературы

1. Москаленко В.Д., Милосердова Т.И. Семья больного алкоголизмом как система // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1993. — Т. 93, №5. — С. 108—110.
2. Москаленко В.Д. Зависимость и созависимость в семьях больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1995. — №2. — С. 76—79.
3. Москаленко В.Д. Зависимость — семейная болезнь. — Донецк, 2009. — 128 с.
4. Методика оценки социально-трудовой адаптации больных алкоголизмом // Методические рекомендации (Менделевич Д.М., Никольская Л.Д., Муравьев А.А.). — Казань, 1979. — 19 с.
5. Шайдукова Л.К., Менделевич Д.М. Метод оценки социально-трудовой адаптации больных алкоголизмом в период длительных ремиссий // Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма. — М., 1988. — С. 86—89.
6. Шайдукова Л.К. Ремиссионные расстройства у больных алкоголизмом // Казанский мед. Журнал. — 2002. — №2. — С. 111—118.
7. Шайдукова Л.К. Супружеский алкоголизм // Российский психиатр. журнал. — 2005. — №5. — С. 53—61.
8. Шайдукова Л.К. Проблема алкоголизма у супругов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — №3. — С. 96—107.

## SOCIAL ADAPTATION IN ALCOHOLIC FAMILIES

SHAIUKOVA L.K.

Dr. Med. Sci., Professor, Kazan State Medical University.

e-mail: shaidukova@list.ru; http://shaidukova.ru/

During the examination of alcoholic families, in which both husband and wife misused alcohol, there were discovered three variants of them: alcoholic-neurotic, alcoholic-oligophrenia-like and alcoholic-sociopathic. Study of social adaptation in correspondence with the created for these purposes «Methods of estimation of social and labor adaptation of alcoholics during alcohol abuse and remission» showed that it differs according to the type of a family which is important for further rehabilitation of the married couple.

**Key words:** alcoholic families, social adaptation, rehabilitation