

В практике психотерапевта работающего в наркологии часто приходится сталкиваться с запросом об изменении поведения пьющего человека. То есть обращаются родители или жены лиц страдающих алкогольной зависимостью, некритичных к собственному пьянству, с просьбой «сделать так, чтобы он не пил», или, в крайнем случае, научить как вести себя с ним так, чтобы он «все понял», «перестал пить», «закодировался». Такие люди (среди наркологов называемые созависимые) основную свою проблему видят в пьянстве близкого человека, борьбе с которым они прикладывают отчаянные и часто безуспешные усилия. В нашей статье мы хотим представить подобную проблему не с точки зрения заболевания алкоголизмом человека (с ведущим симптомом-мишенью патологическим влечением к алкоголю), а со стороны взаимоотношений, которые больной и его близкие выстраивают друг с другом.

Концепция симбиоза

Взаимоотношения в семье больного алкоголизмом мы представляем с точки зрения патологического симбиоза. В своей работе мы используем концепцию симбиоза, предложенную школой Шиффов (катексиса), одного из направлений Трансактного анализа (ТА) [1,8,10,11,12,13,14]. В ней болезненные взаимоотношения психически больных людей представлены, как результат неразрешенных детских симбиотических взаимоотношений с родителями и пассивное поведение. Симбиоз, с точки зрения J.Schiff, – нормальная стадия развития младенца, который воспринимается матерью и ребенком, как разделение и слияние их потребностей. Симбиоз имеет место, когда два и более человек действуют так, как будто они вместе формируют целую личность. В терминах структурного трансактного анализа, они катектируют различные комплиментарные эго-состояния, так что вместе они имеют полный набор эго-состояний, а порознь нет. (Примечание: в Трансактном анализе эго-состояние – это системы мышления и чувствования, сопровождаемые соответствующими паттернами поведения и восприятия. Различают эго-состояние Родителя, которое включает паттерны поведения, мышления и чувств, скопированные у родительских фигур, когда они заботились о нас. Детское эго-состояние (Ребенка), которое включает чувства, мысли, поведение и особенности восприятия, относящиеся к нашему прошлому и связанные, прежде всего, с нашими актуальными желаниями и потребностями, в том числе потребностью в привязанности или зависимости. И эго-состояние Взрослого, которое включает восприятие, мысли, чувства и поведение, относящиеся к ситуации здесь и теперь, и ответственное за контакт с реальностью и реализацию наших Детских желаний.) Для младенца симбиоз нормальное состояние, потому что у него нет адекватно развитых эго-состояний Родителя и Взрослого, и он их берет «взаймы» у матери, без этого он может погибнуть. Для взрослого же человека – ненормально зависеть от своего партнера и обесценивать свои Родительские и Взрослые способности, поэтому в этом случае симбиоз является патологическим. Больные алкоголизмом делают вклад в симбиоз своим Детским Эго-состоянием, а близкие больного делают свой вклад в симбиоз за счет своего Родительского и контаминированного Взрослого Эго-состояния. Таким образом, формируется как бы целая личность: больной алкоголизмом со своими Детскими

потребностями, а кто-то из его близких со своими Родительскими и Взрослыми способностями и желанием их удовлетворять и заботиться о нем. В симбиотических отношениях между больным с зависимостью от психоактивных веществ и его близким происходит взаимное обесценивание вплоть до игнорирования проблем, способности их разрешить и что-то изменить в жизни (знаменитое алкогольное отрицание – источник анозогнозии). Присутствуют разновидности пассивного поведения (то есть ни один из членов симбиоза не делает ничего для решения проблемы) и грандиозность, которая оправдывает все происходящее. Цель подобных взаимоотношений – отыгрывание собственных проблем и негативных эмоций на другом человеке и избегание близости [12]. Причем созависимый человек нуждается в подобных взаимоотношениях не в меньшей степени, чем больной алкоголизмом [2,6].

Психологическая игра «Алкоголик»

С точки зрения функционального транзактного анализа при симбиозе происходит проигрывание ролей в психологической игре, которая является суррогатом близости в нездоровых семьях. Психологическая игра – это серия повторяющихся, стереотипных, неосознаваемых и насыщенных негативными эмоциональными переживаниями взаимоотношений больного со своим микросоциальным окружением, с характерной сменой психологических ролей (переключениями) [1]. Для больного алкоголизмом в случае игры «Алкоголик» характерны переключения между ролями Преследователя, когда он напивается, нарушает обязательства, совершает физическое насилие и оскорбляет близких людей. И Жертвы, когда он «расплачивается» за свое поведение в опьянении (испытывает вину, стыд за свое пьянство, «распутный» образ жизни, пытается оправдать, «загладить» свой вред окружающим). Для окружения больного алкоголизмом, в том числе самого близкого (матерей, жен) также характерно чередование ролей. Это роли Жертвы, когда близкие становятся в буквальном смысле слова жертвами своего пьяного родственника. Преследователя, когда они изливают всю злость, все страдания, которые пережили за период пьянства своего близкого. И Спасителя, когда несмотря ни на что продолжают жить с таким человеком, считая, что без них он «совсем пропадет», или же что в этом состоит их супружеский или родительский долг. Подобные взаимоотношения с типичными переключениями между ролями названы Драматическим треугольником. Для них характерны высокий эмоциональный накал и постоянные переключения между психологическими состояниями, с чередованием различных негативных эмоций от гнева и злобы или вины и жалости до отчаяния, безысходности и тоски [2,6]. В них также отсутствуют ясные границы, прямые высказывания (интимность), часто манипулятивное поведение.

Концепции симбиоза и психологической игры настолько специфично описывают события, происходящие при взаимоотношениях с больным алкоголизмом что при изложении их бытовым языком могут служить хорошей основой для первых мотивирующих встреч с его близкими и для дальнейшей психотерапевтической работы. В нашей статье далее мы хотим представить клинический случай зависимости от

алкоголя у пациента и созависимости у его матери. Особенность описанного случая в том, что основная терапевтическая работа проводилась с матерью больного. Кроме того, мы хотели бы представить взаимоотношения в семье больного алкоголизмом с точки зрения особенностей личностных черт участников.

Клинический случай

Алевтина, 54 года, образование высшее, работала учительницей, в настоящее время инвалид II группы (порок митрального клапана). Была замужем, муж злоупотреблял алкоголем. В настоящее время разведена, имеет от брака двоих взрослых детей: сына и дочь, проживающих вместе с ней. Сын Алексей ранее употреблял героин внутривенно, последние 2 года воздерживался от употребления наркотиков, употребляет алкоголь в массивных дозах периодами до полугода.

Обратилась к психотерапевту, проводившему групповые занятия для созависимых (лиц переживающих за близких, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками) в октябре 2002 года. При обращении все предъявляемые жалобы имели отношение к сыну, свое психическое состояние связывала только с фактом трезвости или употреблением сыном алкоголя. Высказывала жалобы на тревогу, опасения, что сын вновь запьет, сниженное настроение, безысходность, бессонницу. Считала себя виноватой за то, что воспитала такого сына. Не знала как вести себя дальше по отношению к нему. Клинически, а также при дополнительном психологическом обследовании, выявлены обсессивно-компульсивные, избегающие, само-пораженческие (мазохистические) черты личности (согласно критериев DSM) без возможности выставить однозначный диагноз определенного личностного расстройства [9]. Отмечен достаточно высокий уровень функционирования (невротический) по О. Кернбергу [3,5]. (Примечание. Мы считаем целесообразным при диагностике личностных черт использовать критерии DSM-IV, ввиду их более тщательной разработанности по сравнению с таковыми в МКБ-10, а также в связи с разработанностью многоосевого подхода и положения о том, что актуальные психосоциальные проблемы и связанная с ними психическая симптоматика исходят из особенностей личности. Также считаем целесообразным привлекать в диагностику психоаналитическую теорию об уровнях личностного функционирования в связи с возрастающим интересом к нему зарубежной психиатрии и его практической прогностической ценностью.) Актуальной психической симптоматикой было смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F-41.2 по МКБ-10) [7]. Психотических явлений не было. Обратилась с целью разобраться в своих отношениях с сыном, который как раз проходил дезинтоксикационное и краткосрочное психотерапевтическое лечение в наркологическом стационаре (основная психосоциальная проблема – пьянство сына). Занятия для созависимых проводились в открытой группе, с частотой один раз в неделю. На занятиях, прежде всего, давалась информация о психологической и биологической природе болезней зависимости, о психологических событиях и динамике в семьях употребляющих алкоголь или наркотики, объяснялось понятие созависимость. Далее проводилась рациональная психотерапия с акцентом психотерапевтической

работы на выстраивании границ в отношениях с сыном, осознании позиций Спасителя, Преследователя, Жертвы и собственного вклада в болезненную зависимость сына от психоактивных веществ, конфронтации психологической игры «Алкоголик» и неразрешенных симбиотических отношений (в терминологии и традициях Трансактного анализа). Врачом-психотерапевтом сознательно подчеркивалась нерациональность манипулятивно-шантажного поведения в отношении с зависимым человеком, так что целью занятий не было научение Алевтины и других членов группы способам побуждения близких к трезвой жизни, а достижение, прежде всего, личной автономии. За время лечения, в течение 2 месяцев, был установлен прочный психотерапевтический контакт, который не прервался даже после того, как сын возобновил употреблять алкоголь в больших дозах, прекратил ходить на работу. Она относительно спокойно перенесла рецидив его болезни и продолжала придерживаться выработанной позиции поддержания собственных границ в отношениях с сыном. Алексей ушел из дома, после того, как они с дочерью отказались содержать и обстирывать его (позиция Спасителя) и от побуждения его к обращению за лечением (позиция Преследователя). В течение недели он продолжал выпивать и жил у различных друзей. После чего самостоятельно обратился за наркологической помощью в стационар.

Алексей. 23 года. Образование 9 классов, полтора года учился в ПТУ, которое не окончил. Отец Алексея злоупотреблял алкоголем ушел из семьи, когда тому было 1,5 года. Алексей воспитывался матерью и дедом. Был сильно привязан к деду, поэтому, когда тот умер, очень переживал его смерть. Алексею тогда было 12 лет, к этому же возрасту относится начало употребления алкоголя. Практически сразу начал употреблять водку, напивался до тяжелых степеней опьянения. В этом же возрасте отмечает мысли о самоубийстве, была суицидальная попытка, когда пьяный пытался выпрыгнуть из окна дома («удержали приятели»). С 14 – 15 лет отмечает появление влечения к алкоголю, систематическое употребление. К 18 годам сформировался похмельно-абстинентный синдром. В 18 лет пролечился введением спецпрепарата «Торпедо», срок ремиссии 1 месяц. С 16 лет наряду с водкой эпизодически курил ананашу. С 18 лет эпизодически, а через год уже ежедневно употреблял героин, внутривенно. Несколько раз лечился по поводу героиновой наркомании II стадии в наркостационаре, ремиссии не более нескольких дней, отказывался от лечения. В 21 год самостоятельно прекратил употребление героина, после чего к наркотикам не возвращался. К этому же периоду относится эпизодическое употребление таблеток «Терпинкод», в течение одного месяца употреблял наркотик кустарного изготовления первитин. Работал с 15 лет на разнообразных работах, различной квалификации от грузчика до отделочника. Часто менял работы. До 21 года совершал мелкие кражи, дважды был осужден, отбывал срок условно. В армии не служил (сестра и мать – инвалиды II группы). После прекращения употребления наркотиков выпивает спиртное (водка, разведенный спирт), ежедневно, до нескольких месяцев (от 2 до 6). Спонтанные и терапевтические ремиссии также до 2 – 4 - 6 месяцев. Суточная толерантность до 1,5-2 литров в пересчете на водку (плато), в период злоупотребления не изменяется. Похмельно-абстинентный синдром носит развернутый характер с выраженными сомато-неврологическими и психическими явлениями. Опохмеление обязательное. Количественный контроль

утрачивается после приема 250 гр. водки, социально-этический контроль резко снижен. Прекращает пить из-за того, что «надоедает» («отпился»). Отмечает чувство вины перед семьей и самим собой. После длительного злоупотребления проходил детоксикацию и психотерапевтическое лечение, направленное на осознание болезни и коррекцию анозогнозии в октябре 2003 год. После этого ремиссия 3 месяца. Устроился на работу (ремонт квартир). На последнем месте работы удержался 3 месяца, ушел с работы в связи с возобновлением употребления алкоголя. Одним из мотивов ухода с работы, считает то, что другие рабочие завидовали его свободному образу жизни, «косо смотрели – я, мол, зарабатываю столько же или даже больше и трачу на себя, на дискотеки, девочек, а они должны содержать семью». Последний запой 2,5 месяца. Обратился в наркостационар для купирования запоя, был обследован клинически и психологически, отказался от продолжения психотерапевтического лечения, под предлогом «надо устраиваться на работу, содержать семью: мать и сестру». Через неделю после выписки: прошел лечение препаратом «Торпедо» амбулаторно, на работу не устроился. Диагноз: Хронический алкоголизм II стадия, постоянная форма пьянства на фоне высокой толерантности, быстропрогредиентное течение. Героиновая наркомания, ремиссия. Хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия. Нарциссическое расстройство личности, также выражены антисоциальные, параноидные, пограничные личностные черты (по DSM-IV).

Психологический анализ

В данном случае представлен типичный пример созависимости, термина, не вошедшего в классификацию болезней, но в тоже время достаточно распространенного в лексиконе наркологов и психотерапевтов [6]. У Алевтины прослеживается динамика, характерная для родственника больного алкоголизмом. Беспокойство в связи с выпивками сына, попытки контроля над злоупотреблением им алкоголя, и в тоже время попустительство в отношении определенных аспектов его поведения (взрослый человек длительное время не работает, проживает за счет матери, не внося вклада в совместное ведение хозяйства и не выполняя работы по дому, не оплачивая свое проживание и питание). В случае безуспешности повлиять на сына так, чтобы он «понял, что пить не хорошо», типичны переживания отчаяния, безысходности, вины, реальных финансовых затруднений. Характерно отсутствие четко установленных границ в отношениях с сыном. Вместо этого прослеживается поглощенность жизнью сына с попытками влиять на его поведение. Эти попытки осуществляются не с помощью адекватной обратной связи, а с позиции морализаторства и морального контроля над поведением и наказаниями. В этом прослеживаются особенности сочетания избегающих и обсессивно-компульсивных личностных черт у Алевтины. Алевтина избегает прямого высказывания своих чувств, прежде всего негативных и агрессивных (отрицательная обратная связь) по поводу поведения сына. Вместо этого она «наказывает» его, проявляя «холодность» по отношению к нему, «чтобы он понял, что поступает нехорошо» (то есть Алевтина избегает взаимоотношений) или отчитывает его с позиции морали, сыновнего долга («дети должны слушать родителей», «заботиться о родителях»). В этом прослеживается тенденция обсессивно-компульсивной личности, с хорошо развитыми, жесткими

Родительскими структурами компенсировать собственную низкую самооценку и не-ОКейную жизненную позицию за счет ригидного следования нормам морали и правилам [4]. Алевтина делает вклад в симбиоз за счет своих Родительского и контаминированного Взрослого эго-состояний, исключая свои собственные Детские потребности, и вкладывая энергию в «решение» проблем другого человека.

Попытки контроля поведения и алкоголизации сына терпят неудачу. Ведущие черты личности, как показало клиническое обследование, у Алексея нарциссические, антисоциальные, параноидные и пограничные. Отмечено, что пограничное расстройство личности часто имеет набор черт, характерных для многих других расстройств с типичной чертой «слабости Эго» и «недостаточным контролем над импульсами и сильными переживаниями», «слабыми волевыми функциями с недостаточностью планирования» [4]. О. Кернберг подчеркивает, что пограничный относится к уровню функционирования – наряду с психотическим и невротическим. Он относит антисоциальные и нарциссические личности чаще к пограничному уровню, для которого характерно недостаточно интегрированная идентичность, примитивные защитные механизмы, признаки слабости Эго, отсутствие интегрированного Супер-Эго [3]. С точки зрения ТА, такие лица недостаточно катектируют свои Родительские и Взрослые функции, симбиотически заимствуя их у кого-либо из окружения для адаптации, в тоже время основные волевые и ценностные устремления направлены к психоактивному веществу [14]. Отмечено, что пограничные пациенты часто употребляют алкоголь и наркотики для того, чтобы справиться с собственной тревогой и негативными переживаниями [3]. В данном случае наблюдается то, что описано в ТА, как формирование симбиоза с наркотиком, когда тому в представлениях присваиваются Родительские функции заботы и контроля [14]. Алексей, исключая свой Родительские и Взрослые эго-состояния, формирует двойной симбиоз. С одной стороны, реальный, с матерью, с другой стороны, воображаемый, с наркотическим веществом. Это приводит к проигрыванию ролей в психологической игре. Он оставляет мать не сумевшую удовлетворить его базовых потребностей в надежде, что это сделает алкоголь. Но алкоголь, сначала обеспечивающий замечательное химическое удовлетворение его потребности в эмоциональном комфорте и поначалу воспринимаемый как идеальный родитель (алкоголь - Спаситель), оборачивается похмельем и оказывается таким же отвергающим, что и когда-то мать (алкоголь - Преследователь). Он возвращается к матери, которая поначалу спасает его от похмелья, но в последующем проигрывает алкоголю в силе эйфории и оказывается по-прежнему не способна справиться с его базовыми потребностями. Таким образом, вновь и вновь проигрывается типичная игровая ситуация. В случае систематического употребления наркотиков (героина) подобная динамика только интенсифицируется за счет большего эйфоризирующего эффекта наркотических веществ, внутривенного пути введения и тяжести абстинентных явлений [14].

Теперь, что касается нарциссических и антисоциальных черт личности Алексея. По

данным литературы эти черты часто сосуществуют у одного человека [4]. Для этих стилей адаптации характерно восприятие окружающего мира с одной стороны как враждебного, от которого надо брать «свое» (антисоциальная позиция), с другой стороны созданного для удовлетворения их потребностей (нарциссическая позиция), с равным обесцениванием окружающих и их потребностей обоими типами. («Почему я тебя должна кормить тебя в твои 23 года» – жалуется Алевтина. «Правильно, ты же мать» - заявляет Алексей.) В тоже время, для этих черт характерно отсутствие чувства долга – скорее окружающие должны им, или же окружающие - это люди, слабость которых грех не использовать [4,5]. Таким образом, попытки матери повлиять на поведение сына через позицию морали и долга являлись неэффективными. Согласно литературе [5], реальность – это единственное, что может конфронтровать антисоциальных и нарциссических личностей. А если речь идет о человеческих взаимоотношениях – значит четкие и ясно очерченные личностные границы. В этом случае Алевтина, по своим возможностям, не преследует, но и не позволяет себя использовать. Таким образом, можно добиться, чтобы антисоциальный или нарциссический человек принимал во внимание интересы другого человека. Для Алевтины, прежде всего этим достигается чувство собственного комфорта, даже если поведение Алексея, как партнера по взаимодействию, не изменится. В тоже время не исключена возможность коррекции поведения сына вследствие подобной тактики.

Заключение

С другой стороны, для Алевтины реальный путь изменений ситуации с Алексеем и своей собственной жизненной ситуации – доступ к своим исключенным Детским потребностям, выход из поглощенности симбиотическими взаимоотношениями и опекой над взрослым сыном. Поэтому планируемый следующий этап психотерапии Алевтины - личностная работа в направлении большей автономии через конфронтацию и осознание пассивного поведения относительно удовлетворения собственных потребностей.

Ситуация с сыном, злоупотребляющим алкоголем, скорее типичный пример возможной первичной мотивации для психотерапевтической работы. Эта ситуация достаточно специфична для нашей российской популяции ориентированной на манипулятивные методы лечения алкогольной зависимости и фиксированной на решении собственных невротических проблем за счет поглощенности алкоголизацией кого-либо из родственников.

Литература

1. Берн Э. (Berne E.) Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы; Пер. с англ. / Общ. ред. М.С. Мацковского. – СПб.: Лениздат, 1992. – 400с.
2. Битти М. (Beattie M.) Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости / Пер. с англ. – М.: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с. Кернберг О. (Kernberg O.) Тяжелые личностные расстройства стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И.Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.
4. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб. : Питер, 2002. – 544с
5. Мак-Вильямс Н. (McWilliams N.) Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс» , 1998. – 480 с.
6. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 336 с.
7. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в российской федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А. и Голланда В.Б. – М.: Минздрав России. 1998. – 512с. 8. Шитов Е.А. Ховрачев А.П. Теория пассивности Шиффов: обзор // Вопросы ментальной медицины и экологии. - т. VIII, 2002, №2, с. 53-58.
9. Diagnostic criteria from DSM-IV – Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994. – pp. 365
10. Mellor K., Schiff E. “Discounting”, Transactional Analysis Journal, 5:3, July 1975, p. 295.
11. Mellor K., Schiff E. “Redefining”, Transactional Analysis Journal, 5:3, July 1975, p. 303.
12. Schiff A., Schiff J. “Passivity”, Transactional Analysis Journal, 1:1, January 1971, p. 71.
13. Schiff J. “Reparenting schizophrenics”, Transactional Analysis Bulletin, 8:31, July 1969, p. 47.
14. White T. “Heroin use as a passive behavior”, Transactional Analysis Journal, 29:4, October 1999, p. 273.

Источник:

Журнал "Психотерапия", № 9, 2003

