

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ СЕМЕЙ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Е.СИМОНОВА

Благодаря работе над этой статьей я сделала то, чего избегала в течение долгого времени, и чего не любят делать все работающие в психотерапии химической зависимости и созависимости – провела статистическую работу: сколько приемов, сколько человек с устойчивой ремиссией, сколько срывов и т.д. Результаты оказались фрустрирующе малыми, с одной стороны, и горделиво значимыми, с другой. Итак, за 2000 год я приняла около 120 химически зависимых, работала с 35 пациентами в возрасте от 13 до 24 лет с диагнозами: “опийная наркомания второй стадии” (стаж от 1 до 3 лет), “опийная наркомания и алкоголизм второй стадии” (стаж 2 года), “алкоголизм первой стадии” (стаж 2 года), кроме того, 2 пациента имели диагноз “шизофрения”, 2 – “пограничное личностное расстройство”, 2 были ВИЧ-инфицированы, 33 заражены гепатитом В, С (в данный материал я не включала работу со взрослыми алкоголиками, только с подростками и молодежью). С 35 пациентами проводилась индивидуальная психотерапия (от 5 до 30 сессий). В 19 случаях удалось совместить индивидуальную работу и работу с семьей (от 3 до 10 сессий). К августу 2001г. устойчивая ремиссия наблюдается у 9 пациентов: 2 чел. – 1,5 года, 4 чел. – 1 год 4 мес., 2 чел. – 11 мес., 1 чел. – 10 мес. (пациенты, работа с которыми началась в 2001 году, не включены в анализ, т.к. их ремиссия не превышает 6-7 мес.).

Необходимо сразу отметить, что, во-первых, у всех этих 9 пациентов проводилась работа с семьями; во-вторых, 7 из них продолжили свою психотерапию в группах взаимопомощи “Анонимные наркоманы”, и члены этих семей продолжают работать в группах взаимопомощи для родственников. Проанализировав эти данные, читатель может быть озадачен, по крайней мере, двумя вопросами: почему количество пациентов с устойчивой ремиссией столь незначительно и почему в терапии в данном случае участвовала вся семья? Оба вопроса имеют один общий ответ, и он хорошо известен тем, кто работает с данной проблемой. Химическая зависимость – болезнь семейная. Если сказать коротко, семья делает все возможное для выздоровления больного и семья делает все возможное, чтобы он продол-

жал болеть. Взглянув на приведенную выше статистику, легко понять, что, в основном, семьи преуспевают не в лечении, а в поддержании болезни одного из своих членов. И этот факт с особой остротой ставит вопрос о необходимости серьезного анализа тех процессов, которые характерны как для самих семей, так и для их психотерапии.

Рассмотрим на примере 19-ти случаев *структуру семей*, где дети стали химически зависимыми. Примерно в половине случаев – 8 семей – родители развелись. Из них в 2-х отмечаются повторные браки (со вторыми детьми), в 1-м – семья с матерью-одиночкой. В 10-ти случаях – родители проживают совместно, однако только в 2-х из них супругов связывают хорошие отношения, в 4-х случаях отношения конфликтны, еще в 4-х – супружество является формальным. 5 пациентов имеют младших сиблингов, 1 пациент – старшего; 13 – единственные дети в семье. В 10-ти семьях в воспитании детей активную роль играют прародители: в 9-ти – бабушки, в 1-м – дедушка. С точки зрения заболевания химической зависимостью, заслуживает внимания факт, что в 11-ти случаях один из родителей страдает алкоголизмом (10 отцов и 2 матери) и в 17-ти – родитель пациента происходит из алкогольной семьи.

Интересно присмотреться также к *ролевой структуре* в семьях, где дети – химически зависимые. В приведенных примерах встречаются, главным образом, три типа матерей. Первый тип – "мама-девочка", очень моложавая, сохраняющая в неизменном виде систему интересов с дозамужнего периода (наряды, флирт, романы или бесконечная учеба), по отношению к заболеванию ребенка проявляет полное легкомыслие и попустительство. Второй тип – "мать-героиня", авторитарная, содержит семью, лечит мужа, отца и брата от алкоголизма и нередко начинает лечиться от наркомании вместо своего ребенка. Третий тип – "мать-страдалица", депрессивная, с виктимным поведением, скрыто-агрессивная. При поверхностном рассмотрении борется с неисчислимыми бедами семьи, при более глубоком – делает все для поддержания проблемы (например, дает деньги на героин, "потому что жалко").

Отцы также представляют три основных стиля семейного функционирования: реже всего встречаются гиперответственные "отцы-герои", которые, как и "матери-героини", не позволяют детям взять ответственность за свое выздоровление в собственные руки. Чаще отцы демонстрируют агрессивное поведение (с физическим и психологическим насилием), избивая детей-наркоманов, приковывая их к батарее или, на худой конец, требуя немедленного, в три дня, выздоровления; обычно сами отцы страдают алкогольной зависимостью. С наибольшей же частотой встречается стиль поведения, который можно обозначить как "отсутствующий отец". Причем

варианты отсутствия могут быть разнообразными: разведенные, трудоголики, "двоеженцы", тихие алкоголики.

Сами пациенты также представляют несколько типов поведения в семье. В двух случаях это были явные "герои" (девушка училась в двух вузах, одновременно посещая еще и какие-то курсы; юноша работал на трех работах, с 17-ти лет держа семью из четырех человек); в трех – дети выполняли функцию "козла отпущения" (бродяжничество, проституция, криминальное поведение); еще в 3-х – выступали в роли "потерянного ребенка" (те, о которых говорят "тише воды, ниже травы"), ввиду большой занятости родителей разводом, работой, личными отношениями и т.п. Наиболее многочисленную группу – 11 человек – составляют "инфанти": любимцы семьи, очаровательные, коммуникабельные дети, независимо от возраста ни в чем не знающие отказа в своих семьях, избавленные от ответственности (их откупают от милиции, оплачивают обучение, устраивают на работу, полностью обеспечивают, включая потребность в наркотиках и алкоголе и оплату лечения).

Естественно, роли несколько варьируются: "потерянный ребенок", например, легко становится "козлом отпущения", а "мать-героиня", серьезно заболев, может превратиться в "страдалицу". Однако ключевые семейные роли – самого "химически зависимого", "спасителя", "преследователя" и "потакателя" – неизменно участвуют в сценарной игре, которую описал еще Э.Берн под названием "Алкоголик" или "Наркоман" (Берн, 1997).

Таким образом, для нас, специалистов, работающих с этой группой пациентов, принципиальной необходимостью становится работа с *изменением системы ролей и преодолением дисфункциональной семейной игры*. Причем такого рода игра зачастую не только переходит из поколения в поколение, но более того, в случае если семья вдруг решит прекратить эту игру, она вступает в состояние тяжелой "абстиненции". Поэтому работа с зависимостью членов семьи, столь долго выполнявшей функцию деструктивной защиты, постоянно находится на грани срыва: чем больше мы в этой работе приближаемся к наиболее тревожному фактору в функционировании семьи, тем ощутимее нарастает сопротивление, приобретая подчас почти патологическую форму. Вспоминается встреча с одной из матерей наркомана, у которой из четверых детей один уже "сидел" на героине, а второй – начинал его употребление. В ответ на просьбу психолога посещать раз в неделю бесплатно родительскую группу, она с чувством отреагировала, заметив, что лучше отравит всех своих детей, а сама выбросится из окна, чем будет ходить на "эти ваши группы".

Поэтому прежде чем говорить о стратегиях, методах и техниках лечения, используемых в работе с подобными семьями, необходимо остановиться на тех видах сопротивления лечению, с которыми в этих случаях приходится

сталкиваться специалисту. Соппротивление в такого рода семьях, как и сопротивление самих пациентов, в первую очередь строится на системе отрицания болезни, (что выступает частью самой болезни). Как известно, отрицание является одной из примитивных защит Эго и заключается в том, что "индивид (или семья) остается в неведении относительно определенных вполне очевидных аспектов внешней реальности, которые, в случае их признания, переносились бы болезненно" (Anderson, 1981). Отрицание семьей, как и самим пациентом, его химической болезни может принимать разные формы:

1. Простое *отрицание* или *самообман*. Ни психологов, ни врачей уже не поражает тот факт, что иногда проходят месяцы и годы, прежде чем члены семьи признают, что их ребенок – алкоголик или наркоман. Встречаются даже семьи, где в ответ на просьбу самих детей о помощи родители отговаривают их обращаться к врачу.

2. *Минимизация* проблемы. Во всех 19-ти семьях, описанных в этой работе, преуменьшался стаж употребления наркотика или недооценивалась тяжесть проблемы. Интересно, что в 3-х семьях, где стаж употребления героина молодым человеком был максимальным в данной группе (3 года), наиболее твердо придерживались версии, что это просто дурная привычка, от которой можно легко отказаться.

3. *Обвинение*. Во всех семьях причиной наркомании или алкоголизма назывались "нехорошие друзья", в то время как, по крайней мере, половина пациентов выступали инициаторами употребления наркотиков или алкоголя в своих компаниях. Кроме того, в конфликтных семьях и при разводе вина перекладывалась на того, с кем конфликтовал обвиняющий. Часто обвинение в плохом лечении обрушивалось на врачей и психологов. Иногда вина принималась на себя ("плохо воспитала", "недосмотрела", "мало порол" и т.д.). В любом случае причина искалась в чем-то или в ком-то другом, а не в самом пациенте и не в способе функционирования семьи.

4. *Рационализация*. Всяческие алиби, извинения, свидетельства и любые другие объяснения поведения химически зависимого члена семьи очень популярны. Например, одна мама оправдывала воровство сыном денег на наротики его честностью: якобы, как человек чести, он не мог не отдать долга. Родители имеют обычно богатый спектр объяснений, обосновывающих отчисление сына или дочери из института или увольнения с работы, прекращения дружбы со старыми друзьями или разрыва с любимой девушкой. Болезнь в этом спектре обычно либо отсутствует вовсе, либо присутствует формально.

5. *Интеллектуализация*. При этой форме отрицания пациент или семья избегают персонального эмоционального осознания проблемы, признавая ее значение на уровне интеллектуального анализа. Работая с наркоманами,

часто поражаешься несоответствию их основательной теоретической подготовки в вопросах болезни – полному отсутствию реального ее осмысления как своей личной проблемы.

6. *Замена* (подмена предмета). На смену классическому отрицанию болезни приходит специфическое понимание ее лечения как процедур детоксикации, снятия ломки и абстинентного синдрома. Это характерно для многих семей даже после ряда безуспешных попыток ограничиться только этой стороной лечения.

7. *Враждебность*. Проявляется редко со стороны самих химически зависимых. Но всегда присутствует при работе с семьями в качестве надежного заслона, позволяющего избежать разговоров о том наболевшем, что действительно происходит в семье.

У семейного и индивидуального отрицания есть две общие особенности, о которых необходимо упомянуть. Во-первых, отрицание с течением болезни становится автоматическим, эго-синтонным. "Ни слова правды" – эта заповедь свято соблюдается химически зависимыми пациентами и членами их семей. Вспоминается пациент-наркоман, убеждавший меня, что он не в срыве, за минуту перед тем как выйти из моего кабинета и пойти на анализ, который, вопреки его заверениям, показал наличие героина в крови. На мой вопрос, что ему дали эти десять минут вранья, он сказал, что "после двух лет с героином проще врать, чем говорить правду". Во-вторых, отрицание прогрессирует вместе с болезнью по мере ее течения. Если наркоманы с годовым стажем часто говорят о ровесниках, которые "живут нормально, без всякой дряни", то с трехлетним и более будут с пеной у рта доказывать, что все люди "или пьют, или колются". То же и с семьями: чем дольше существование проблемы, тем больше стойкости в борьбе за ее сохранение.

Отрицание как психологическая защита лежит в основе *всех* форм сопротивления терапии – от самых простых до наиболее изощренных. Генри Келлерман так описывает формы сопротивления: "Отрицание означает *“не видеть этого”*. Если данный способ не работает, можно изолировать себя и *не чувствовать этого*. Если не работает, можно вытеснить и, следовательно, *не помнить этого*. Если не работает – сделать что-нибудь еще, например, *отыграть это в действии*, или можно уйти в регрессию и *плакать об этом*, или в качестве компенсации *попробовать вернуть это*. Если ни один из перечисленных способов не работает, можно фантазировать или мечтать об этом. И если даже такой метод не поможет, можно критиковать или спроецировать и *обличить это* или (что даже эффективнее) *убрать это* и *атаковать* что-нибудь, что *замещает это*. И если даже эти попытки неадекватны, можно *присоединиться к этому*. Как? Ну, скажем, идентифицироваться с этим и *стать похожим на это*. Хороший способ поступить таким образом – интроецировать или *принять это*. Раз это уже внутри,

лучше не показывать этого, а *рекатегоризировать это* путем интеллектуализации. Как это возможно? Ну, скажем, следует рассмотреть это рационально, или *извиниться за это*, или..." (Kellerman, 1979).

Все эти формы сопротивления присутствуют в работе с нашими семьями. На приемах члены семей тщательно следят за тем, чтобы истинные эмоции, такие как стыд, вина, злость, не были замечены терапевтом, а также, чтобы семейные секреты остались нераскрытыми. Если же все-таки что-либо подобное происходит, то член семьи, проявивший нелояльность к семейным тайнам, подвергается санкциям. Например, сын-наркоман лишается денег на лечение, провинившийся член семьи исключается из терапии. Наиболее часто встречавшиеся семейные секреты – алкоголизм в родительской или прародительской семье, супружеские измены и сексуальные дисфункции, психические заболевания.

Семьи с химической зависимостью широко используют и самые обычные формы сопротивления терапии – опоздания, забывчивость, пропуск оплаты, пропуски занятий, оставление наиболее важного материала на последние минуты сессии и так далее. Члены семей также много отыгрывают в действии, например, у них усиливается самоповреждающее поведение, начинаются запои, они начинают попадать в автомобильные аварии и переживают другие травмы, бросают работу, прибегают к разным формам импульсивного поведения: перееданию, неразборчивым сексуальным связям, навязчивому шопингу или неумеренным занятиям спортом. Кроме аутоагрессивного поведения, практикуется и агрессивное. Уровень агрессии в семьях, где и ранее наблюдалось физическое или психологическое насилие, еще более возрастает. Объектами агрессии могут также становиться помогающие фигуры: врач, психотерапевт, психолог, социальный работник. Родственники пациентов провоцируют столкновения, пишут жалобы, обесценивают достигнутые результаты, выдвигают все новые и новые требования.

Однако излюбленная форма сопротивления – разного вида манипуляции. Опыт этих семей, где все отношения манипулятивны по существу, богат и неисчерпаем. Психотерапевта будут соблазнять, подкупать, ему будут угрожать, признаваться в любви и петь дифирамбы его профессионализму, его будут пытаться привлечь в семейные коалиции и шантажировать. Кроме того, семьи часто саботируют психотерапию просто и явно: отказываются ходить на группы сами и подталкивают к этому пациентов, или всячески оттягивают этот момент, устраивая пациента на работу (например, через две недели после ломки), требуя срочно сдать сессию в институте, увозя его из того места, где он может получить помощь, и пр. Все эти действия производятся, естественно, бессознательно и имеют единственную цель – сохранить симптом, который почему-либо нужен семье. Если проанализиро-

вать эту "нужность", то обнаружится, что симптом помогает членам семьи, во-первых, поддерживать самооценку, если она под угрозой, во-вторых, не решать имеющиеся проблемы во взаимоотношениях, в-третьих, не переходить на следующий этап развития семьи. Хорошим примером поддержания самооценки с помощью бесконечно продолжающегося лечения являются гиперответственные отцы и матери, которые с утра до ночи работают, возят ребенка-наркомана по врачам и психологам и чувствуют себя спасателями. Если отнять у них эту возможность, что происходит, если ребенок берет ответственность за свое выздоровление на самого себя, их самооценка резко падает, и они снова тем или иным способом "добиваются" срыва.

Второй случай еще более распространен. Из 19-ти описываемых семей в 8-ми отношения между супругами конфликтно-агрессивны, или супружеские отношения фактически не поддерживаются при совместном проживании, из 8-ми разведенных семей в 3-х продолжаются конфликты между бывшими супругами. Таким образом, ребенок-наркоман или объединяет распадающиеся семьи вокруг своей болезни, или используется в качестве оружия оскорбленными разводом супругами. Достаточно распространенным является использование болезни в качестве препятствия переходу семьи на новый этап своего развития. Например, после развода ребенок, обычно сын, используется как "заменитель" отца и тем самым препятствует полному принятию матерью потери и необходимости устраивать свою личную жизнь (в этом случае отношения часто носят "эротизированный", а иногда и прямо сексуальный характер). Во втором варианте ребенок-наркоман, не добившись повышения своего статуса, будучи подростком, при помощи болезни захватывает власть в семье и контролирует ее членов. Кроме того, поддержание болезни члена семьи препятствует его сепарации, что бывает выгодно как родителям, так и самому молодому человеку.

Из всего сказанного следует, что одна из основных сложностей работы с семьями с химической зависимостью состоит в том, что болезнь является дезадаптивным, но привычным способом поддержания семейного гомеостаза, и сопротивление, опирающееся на отрицание болезни, невозможно преодолеть без специальных усилий, направленных, с одной стороны, на разрушение дисфункции, а с другой, на обеспечение хотя бы минимальной безопасности для членов семьи. В этом балансе фрустрации и поддержки и состоит наибольшая сложность психотерапии зависимостей. Среди многочисленных методов, используемых в психотерапии зависимостей, наиболее эффективен, на мой взгляд, следующий вариант. Это лежащее в основе сочетание экспрессивного и суггестивного подходов (для меня это психодрама и Эриксоновский гипноз), дополненное элементами семейной

психотерапии (сессии с семьей, системный подход) и приемами бихевиоральной терапии (например, тренинг асертивности, уверенного поведения и т.д.). Кроме того, терапия химической зависимости, на мой взгляд, должна опираться на участие пациентов в поддерживающей программе групп взаимопомощи для алкоголиков, наркоманов и родственников.

В отечественной медицине аддиктивное поведение определяется как "одна из форм девиантного поведения с формированием стремления к уходу от действительности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций (Короленко, Донских, 1990). Иначе говоря, в основе любой зависимости есть потребность в измененном состоянии сознания. Поэтому психосуггестивные техники, которыми специалисты работают с зависимыми и которым их обучают, воспринимаются нашими пациентами легко и с удовольствием. Более того, видимо, в результате долгого нахождения в измененном состоянии с помощью психоактивных средств, наши пациенты весьма талантливы в трансовой работе. Работа в этих техниках позволяет в максимальной степени избежать сопротивления (Кинг, Коэн, Цитренбаум, 1998).

Не менее эффективны и экспрессивные методы. Во-первых, в условиях химической зависимости потребность в сильных эмоциональных состояниях возрастает многократно, во-вторых, система отрицания, как часть болезни, слишком долго удерживает в репрессивном состоянии весь спектр негативных эмоций, как самого пациента, так и членов его семьи. Психодрама, как метод, изначально базирующийся на понимании человека как "актера", выходящего в различных ролях на различные подмостки в течение всей жизни, позволяет во время сессий "выразить личную правду в защищенном мире воображения как средство в творческой и адаптивной манере овладеть стрессовой ситуацией" (Келлерман П., 1998). В психодраме разработан богатый арсенал техник работы с сопротивлением, помогающих пациенту, во-первых, увидеть его (в буквальном смысле слова сыграв роль своей сопротивляющейся части), а во-вторых, нейтрализовать (также с помощью той части личности, которая не затронута болезнью). Психодрама в данном случае хороша тем, что в ней наиболее полно реализуется основной принцип понимания болезни химической зависимости как роли, не исчерпывающей всего личностного репертуара. (Например, в 12-шаговой программе в человеке различают "наркоманское" или "алкогольное я" и "здоровое я"). Это позволяет во время психотерапевтической работы, подчас жестко конфронтируя с болезнью, оказывать поистине глубокую поддержку личности в целом.

Очень важным представляется использование в психотерапии зависимых и созависимых семейного подхода и техник семейной диагностики и терапии. Во-первых, как я уже писала, полезно само понимание болезни химической зависимости как болезни семьи и, соответственно, включение в терапию всей семьи. На семейных сессиях проводятся, в основном, интервенции, направленные на принятие самими пациентами ответственности за свое выздоровление, следовательно, на снятие этой ответственности с членов семьи. Очень важно преодоление членами семьи их отрицания созависимости и сопротивления изменению.

Работая с семьей, психотерапевт, кроме прочего, обязан обеспечить всем, кто ее составляет, безусловное принятие, то есть выступить тем идеальным членом семьи, которого она никогда не имела, так как именно дар "безусловного принятия – один из секретов профессиональной эффективности в сфере психотерапии" (Витакер, 1998).

Нельзя пройти мимо "ломовой лошадки" психотерапии зависимостей, мимо бихевиоральных техник. Наши пациенты имеют много страхов, и работа с ними часто проводится методами систематической десенситизации, иммерсии (погружения) или парадоксальной интенции. Одна из редко практикующихся, но очень эффективных техник (была использована в 1 случае из 35-ти за 2001 год) – внезапная для отрицающего свою болезнь пациента и специально подготовленная встреча со всеми заинтересованными в его лечении лицами (родители, друзья, коллеги, возлюбленные, супруги и т.д.) в кабинете психотерапевта.

Итак, выделим основные положения этой работы:

1. Статистические данные, полученные в процессе психотерапии пациентов, страдающих химической зависимостью, свидетельствуют о необходимости комплексного подхода, в частности понимания химической зависимости как семейной болезни.

2. "Семейственность" болезни находит воплощение в дисфункциональной структуре семьи и семейных ролей, поддерживающих заболевание одного из членов семьи.

3. В основе психологической структуры болезни химической зависимости и созависимости лежит отрицание болезни, которое выражается в разных формах сопротивления, как пациента, так и семьи в целом.

4. Цель сопротивления – сохранение симптома, выполняющего важную роль в дисфункциональной семье.

5. Психотерапия химической зависимости и созависимости строится на соблюдении баланса фрустрации пациента и семьи и их принятия.

6. Суггестивные методы, позволяющие вызвать необычные состояния сознания без психоактивных веществ, достаточно экологичны и высоко

эффективны. Они помогают диссоциировать болезнь и тем самым обойти сопротивление больного.

7. Экспрессивные методы направлены на выражение и отреагирование аффектов, репрессированных системой отрицания. Психодрама позволяет зависимому или созависимому поработать с частями своей личности, отвечающими как за болезнь, так и за выздоровление.

8. Методы семейной психотерапии способствуют преодолению семейной дисфункции, позволяя семье осмыслить и проработать не только вопросы болезни одного из ее членов, но и другие, связанные с болезнью, внутрисемейные проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

- Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. С.-Пб.-М., 1997.*
- Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. М., 1998.*
- Келлерман П. Психодрама крупным планом. М., 1998.*
- Кинг М., Коэн У., Цитренбаум Ч. Гипнотерапия вредных привычек. М., 1998.*
- Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск, 1990.*
- Методы современной психотерапии. Учебное пособие. Составлено Кроль Л.М., Пуртова Е.А.- М., 2001.*
- Anderson D.J. The Psychopathology of Denial. Professional Education No.9, 1981.*
- Kellerman H. Group Psychotherapy and Personality: Intersecting Structures. New York, 1979.*