

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ СОЗАВИСИМОСТИ
У МАТЕРЕЙ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ**

©2003 С.В.Березин, Е.А.Назаров

Самарский государственный университет

В статье обосновывается возможность дифференцированного подхода к терапии созависимости у матерей пациентов, больных опишной наркоманией. Показано, что в патогенезе созависимости можно выделить несколько фаз: отрицание наркомании в семье, фаза преобладания страха и растерянности, фаза мнимого благополучия, фаза негативизма, депрессивная фаза, фаза сбалансированных эмоциональных состояний. Качественные характеристики каждой фазы развития созависимости определяются преобладающим эмоциональным состоянием. Сформулированы задачи терапии созависимости на каждой фазе.

С конца 70-х годов для описания психического состояния, развивающегося у членов семьи химически зависимого человека (наркомания, токсикомания, алкоголизм) широко применяется термин «созависимость». Это понятие используется как для характеристики внутрисемейных отношений химически зависимых индивидов (созависимые отношения), так и для описания поведения отдельных членов семьи (созависимое поведение). Поведение созависимых рассматривается как важное условие негативной динамики химически зависимого индивида, как важнейший фактор их собственной негативной личностной динамики. Однако, несмотря на очевидную научную и практическую значимость исследований взаимовлияния семьи и индивида, употребляющего психоактивные вещества, созависимость продолжает оставаться явлением недостаточно изученным, а термин - нечетким и размытым. Подавляющее большинство работ, посвященных созависимости, ограничиваются недифференцированным обсуждением ее поведенческой и эмоциональной составляющих, а в качестве терапии созависимости безальтернативно и, главное, без какой-либо аргументации предлагаются программы, основанные на идеологии «12 шагов». Очевидные трудности создания профилактических программ и построения реабилитационного процесса вытекают из системной природы созависимости. Этот

тип дисфункциональных взаимоотношений формируется ни один год, и, может быть, не одно десятилетие. Терапия созависимости вызывает достаточно выраженное сопротивление, как со стороны семейной системы, так и отдельных членов семьи, не желающих менять что-либо в своих взаимоотношениях и боящихся этих перемен. Дефицит научных исследований созависимости приводит к тому, что в сфере практической деятельности продолжают преобладать либо радикальные медицинские модели, либо 12-ти шаговые, с мощной религиозной составляющей. И в том, и в другом случае практически игнорируются личностные и индивидуально-психологические особенности созависимых. Создается впечатление, что динамика созависимости и ее клиническая манифестация не зависят ни от индивидуально-психологических особенностей конкретных людей, ни от структурно-функциональных особенностей конкретных семей. Вместе с тем, наблюдения за динамикой созависимости в процессе психотерапии показывают, что индивидуальные различия в патогенезе могут быть весьма существенны.

Обобщая опыт работы с родителями больных опишной наркоманией, мы обнаружили, что развитие созависимости у матерей проходит несколько фаз:

- фаза преобладания отрицания наркомании в семье;

- фаза преобладания страха и растерянности;
- фаза мнимого благополучия;
- фаза преобладания негативизма (феномен «выраженные эмоции»);
- фаза преобладания депрессивного состояния;
- фаза сбалансированных эмоциональных состояний.

Для каждой фазы развития созависимости характерны специфические эмоциональные реакции, которые задают как рисунок созависимого поведения, так и особенности созависимых отношений.

Название конкретной фазы динамики созависимости связано с наиболее выраженным на этой фазе эмоциональным состоянием или защитной реакцией.

В фазе **отрицания** родители и, прежде всего, матери, вытесняют и отрицают факт появления в семье больного наркоманией. Сама мысль об этом вызывает чувство страха и неприятия: «Этого не может быть, я в это не верю», «У нас хорошая, нормальная семья, а вот посмотрите, что происходит вокруг, наше государство...». Примером, иллюстрирующим отрицание, являются также фразы типа: «Он употребляет наркотики... наверное.... Но ведь если это не постоянно... это ведь не наркомания...» или «Он не наркоман! Он же ходит на учебу!». Часто матери сами вышли из семьи с созависимыми отношениями. Создав семью, они привнесли в нее систему коммуникации, воспроизводящую особенности взаимоотношений в их родительских семьях. Поэтому наряду со всеми прочими эмоциональными проявлениями они часто демонстрируют феномен «стыда взаимны», который заключается в перенимании чувств вины и стыда у зависимых членов семьи. Наряду с отчаянием, потерей собственной ценности и унижениями матери регулярно испытывают смущение, подвергаются осуждению, в том числе и со стороны близких родственников, не говоря уже о сослуживцах, соседях и т.д. В связи с этим члены семьи становятся настороженными и изолированными от общества. Матери в таких семьях великолепно умеют формировать у окружающих положительный образ своей семьи: всячески убежда-

ют окружающих, что у них «все хорошо и замечательно», пытаясь, все это время убедить в этом же и себя самих. Однако, ни внешнее положение, ни «усыпленное» сознание не приводят к преодолению чувства неполноценности. Так возникает «синдром самозванца»: они живут в постоянном страхе, что действительное положение дел в семье станет известно окружающим, и все поймут, кто они есть на самом деле. Таким образом, возникает некоторая компенсация низкой самооценки. Находясь в это время на лечении, особенно после первой встречи со специалистами, именно матери пытаются всеми способами «договориться» сначала с врачами и психологами, а потом и со всеми членами семьи о неразглашении «семейных тайн и секретов», направляя, таким образом, все усилия на поддержание прежних иллюзий и «ядерных» процессов в семейной системе. В этой фазе матери, как правило, очень активно используют весь имеющийся у них арсенал видов и форм отрицания. Это не только демонстрация вышперечисленного «синдрома счастливой семьи», но и обман, как еще одна наиболее часто встречающаяся форма отрицания: попытка сведения раскрытия семейной ситуации к минимуму, стремление сделать вид, что в семье ничего не происходит, сокрытие и подавление своих чувств и т.д. При этом матери очень точно чувствуют тенденцию все большего отдаления или ухода ребенка от взаимозависимых отношений в семье. Это вызывает ярко выраженную тревогу и стремление сохранить все как прежде, в неизменном состоянии. Все эти психологические факторы приводят к тому, что наркоман фактически беспрепятственно продолжает употребление наркотиков при полном попустительстве родителей: мать всячески убегает от реального решения проблемы, тогда как отец, находясь на периферии семейной системы, выключен матерью из взаимоотношений с собственным ребенком. Зачастую отец долгое время остается в неведении о том, что происходит в семье. Естественно, такое положение дел продолжается лишь до того времени, пока наркоман не начинает демонстрировать явно дезадаптивные формы поведения, то

есть до тех пор пока ситуация в семейной системе начинает выходить из под контроля матери.

В фазе преобладания **страха и растерянности**, наиболее выраженной эмоциональной составляющей созависимости у матерей является фобия утраты и воспитательная неуверенность. Поскольку у матери самой так и не произошел процесс разделения с собственными родителями, то на этой фазе к фобии утраты и воспитательной неуверенности присоединяется страх отделения от собственного ребенка, боязнь утраты его, как части самой себя, что обуславливает трансляцию своему ближнему окружению амбивалентных посланий, которые, в свою очередь, еще более запутывают и без того сложную ситуацию в семье и мешают адекватному решению проблем. Ребенок в «новых» для себя наркоманских условиях успешно манипулирует обоими родителями, все глубже и глубже вовлекая их в созависимые отношения и игры, каждый раз выходя из очередной попытки лечения еще «большим» наркоманом, завоевывает все большее интрапсихическое пространство полностью дезорганизованной матери. Все эти факторы на данной фазе развития созависимости приводят семейную систему в хаотичное состояние, поскольку каждый ее участник начинает выполнять совершенно новые функции и роли в системе. Это в свою очередь еще больше дезадаптирует мать, у которой все чаще возникают состояния страха и паники. В поведении членов семьи преобладает неопределенное беспокойство, чувство надвигающейся беды, стыда, обиды, жалости к себе. В общении с ребенком матери непоследовательны, склонны к крайностям в поведении и реагировании. Состояние страха перед наркоманией у ребенка порождает сложную гамму чувств и реакций: чувство собственной неполноценности, ощущение беспомощности. Результатом такого состояния у матерей является резкое снижение самооценки. На этой фазе развития созависимости матери практически не в состоянии адекватно понять реальность происходящего. Достаточно долго находясь в ситуации неопределенности, неадекватно

воспринимая себя и все то, что происходит в семье, матери в этой фазе оказываются совершенно неспособными принять хоть какое-нибудь решение в этих, в некотором смысле, новых для себя и семьи в целом условиях. Отношения в семье стремительно ухудшаются. Нередко подростки, употребляющие наркотики, начинают шантажировать своих матерей, вольно или невольно усиливая их страх и растерянность. Фиксации этих состояний в значительной степени способствует дефицит достоверной информации о болезни и установка современной наркологии на принципиальную неизлечимость наркомании.

В фазе **негативизма** наиболее выраженной эмоциональной составляющей у матерей является стыд и проекция на ребенка собственных негативных черт. В связи с отсутствием какой-либо дифференциации в отношениях с близкими как с личностями (в семье существуют лишь два диаметрально противоположных подхода: хороший - плохой) мать всячески пытается остановить процесс отделения ребенка и использует все имеющиеся способы и приемы, например с помощью механизма обесценивания и регулирования: на попытки ребенка или отца сделать что-нибудь для решения данной проблемы, мать выплескивает на них все накопившиеся за это время чувства, чаще всего ярость и гнев. Таким образом пресекается очередная попытка развитию процесса независимости и автономизации членов семьи. Поэтому каждый из членов семьи в свою очередь выбирает еще более безопасный способ существования в данных условиях: отец все дальше уходит из пространства взаимоотношений с ребенком и женой, а наркоман, продолжая использовать эту ситуацию в свою пользу, еще глубже оказывается в болезни, с одной стороны защищая, таким образом, себя от психотравмирующей ситуации, а с другой стороны, и «достраиваясь» за счет нее, как наркоман. Каждый из участников этой семейной ситуации управляя, друг другом с помощью созависимых отношений, тщетно пытается сохранить прежние взаимоотношения и привести систему в адаптивную фазу. Негативизм матери по отношению к

ребенку часто выражается не только в повышенной конфликтности, в стремлении к тотальному контролю и упрекам, но и в хаотичном поиске средств лечения ребенка, специалистов, реабилитационных центров, в упорных, настойчивых попытках добиться немедленного прекращения употребления наркотиков: «сделайте что-нибудь, чтобы он не кололся»; «закодируйте, чтобы он никогда не употреблял эту страшную отраву». При этом матери нередко демонстрируют отрицательное, негативное отношение к лечебному процессу, всячески уклоняются от реабилитационных мероприятий, игнорируют их, делегируют ответственность, часто в сочетании с попытками «навешивания» чувства вины, и стремлением деквалифицировать специалистов. Негативизм часто выражается у матерей в отрицании наркомании у ребенка: «Да, он употребляет наркотики, но он не наркоман!». Нередко негативизм у матерей выражается в недоверии к специалистам реабилитационных центров. Часто безрезультатные попытки лечения наркомании, особенно когда наркоман лечится «для родителей» (т.е. по сути, играет в игру «Смотрите, я лечусь»), способствуют углублению негативизма и росту недоверия к специалистам.

У некоторой части матерей негативизм выражается в неоправданном оптимизме в отношении прогноза результатов лечения. В какой бы форме не проявлялся негативизм у матерей, во всех случаях речь идет об отрицании наиболее пугающей части реальности, что позволяет рассматривать негативизм как механизм устранения тревоги и эмоциональной подавленности.

В фазе **мнимого благополучия**, особенно если ребенок находится в условиях стационара, матери начинают демонстрировать поведение, напоминающее донаркоманский период жизни семьи или фазу **отрицания**: ответственность за лечение делегируется врачам, психологам и другим специалистам. Мать часто выпадает из реабилитационного процесса под каким-то внешним предлогом: «у нас с мужем путевки в санаторий, поэтому нам надо уехать на недельку-другую». В этот пе-

риод матери, как правило, активно сопротивляются любому вмешательству специалистов в семейную систему: «Вы специалисты, вот вы и занимайтесь сыном, а при чем здесь моя семья? У нас сейчас все хорошо». Если специалистам все-таки удается включить мать больного наркоманией в терапевтический процесс, женщины нередко пытаются всячески деквалифицировать специалистов: «Ну, что вы предлагаете конкретно? Я не понимаю, что вы от меня хотите! Мы уже не в первый раз находимся на лечении в подобных центрах» и т.д. Часто предпринимаются попытки полного устранения отцов из реабилитационного процесса: «А папа не в курсе этих проблем. У сына нет с ним контактов». При этом мать активно пытается доказать специалистам, что ни она, ни отец ни чем в данной ситуации помочь не могут, так как «вдруг» выясняется, что отец «часто выпивает, да еще много работает, поэтому не может ходить сюда». Демонстрируется достаточно широкий набор семейных защит, направленных на сохранение прежнего состояния семейной системы. Если различные варианты защитного поведения не срабатывают, матери оказываются перед выбором: или заканчивать лечение, или продолжать его, рискуя, что тогда под угрозой окажется прежнее состояние семейной системы.

В фазе преобладания **депрессивного состояния** наиболее выраженной эмоциональной составляющей является чувство вины и печали. На этой фазе матери много плачут, выглядят усталыми и издерганными. В общении с ребенком они пассивны, будущее представляется им мрачным, в оценке перспектив лечения преобладают пессимистические высказывания. Очевидно, что формирование такого состояния является результатом хронической фрустрации надежды вследствие отсутствия положительной динамики в наркомании ребенка. Как правило, к этому моменту семья наркомана уже пережила несколько безрезультатных попыток лечения. Схожие эмоциональные нарушения наблюдаются и тогда, когда наркоман начинает выздоравливать, и попытки матери встать между ребенком и отцом становятся

безуспешными. Нередко ситуация разрешается за счет перехода созависимых отношений в психосоматические расстройства у матерей. Как правило, это происходит тогда, когда в семье произошли те или иные изменения, а матери при этом по-прежнему пытаются восстановить прежнюю систему внутрисемейных взаимоотношений. При этом существует несколько вариантов протекания данной фазы.

1. Наркоман начинает выздоравливать, в семье сохраняется прежняя ситуация. В этом случае наркоман идет на разрыв симбиозного поля и, таким образом, созависимых и взаимозависимых отношений с матерью, которая оказывается вдруг в ситуации неопределенности: попытки выйти на прежние отношения с сыном (дочерью) оказываются безрезультатными. Мать уже не может как прежде «допраиваться» в своей созависимости за счет ребенка (один из вариантов симбиотических отношений), а попытки выйти на отношения с ребенком через отца, продолжающегося находится на периферии семейной системы, оказываются безрезультатными.

2. Отец возвращается в центр семейных взаимоотношений, постепенно налаживая контакты с ребенком (чаще это, конечно, сын), вытесняет на свое прежнее место мать, которая опять попадает в абсолютно новые для себя условия и оказывается не в состоянии построить адекватные этим изменившимся условиям здоровые взаимоотношения. В обоих вариантах протекания процесса выздоровления мать оказывается как бы «ненужной», неспособной контролировать своих близких, их взаимоотношения. Сложившиеся ранее способы воздействия на них перестают давать прежний эффект, поскольку манипулирование и навязывание чувства вины не срабатывают в новых, здоровых условиях семейных взаимоотношений. Все эти изменения порождают острый внутриличностный конфликт, который она зачастую не может, да и не хочет решать здоровыми, конструктивными способами. В значительном количестве случаев у матерей наркоманов встречаются различные варианты психосоматической отягощенности.

Поэтому единственным выходом из создавшейся тупиковой ситуации для них и является уход в психосоматические заболевания. Надо отметить, что в практике встречаются и другие варианты развития событий. Например, мать фактически в одиночку пытается вовлечь в процесс лечения то наркомана, периодически возвращающегося к употреблению наркотиков, то отца, всячески пытающегося избежать ответственности за происходящее в семье.

Наконец, фаза **сбалансированных эмоциональных состояний** характеризуется готовностью матерей адекватно оценивать ситуацию. На этой фазе деструктивные эмоциональные реакции преобразуются в конструктивные: стыд - в принятие; вина - в ответственность и т.п. В этой фазе матери готовы оперативно и правильно реагировать на разнообразные события, у них восстанавливается способность к наблюдению и интеграции нового опыта (полученного в терапевтических группах) в практику общения с ребенком.

Подавляющее большинство матерей пациентов, больных наркоманиями, «застревают» на одной из фаз динамики созависимости. Матери, способные самостоятельно преодолеть страх, растерянность, негативизм, чувство вины и стыда и достичь фазы сбалансированных эмоциональных состояний встречаются крайне редко. В подавляющем большинстве случаев достижение этой фазы, знаменующей собой *начало зрелой адаптации* (Л.Г.Миллер) к семейной проблеме, является результатом длительной и напряженной психотерапевтической работы.

Заметим, что динамика созависимости у матерей может совпадать или не совпадать с динамикой болезни у их детей. Часто наблюдается достаточно четкий параллелизм проявлений зависимого и созависимого поведения, особенно на начальных этапах реабилитационного процесса, когда наркоман и его мать демонстрируют практически одинаковое поведение и отношение к болезни и лечению, поскольку и мать и сам наркоман делают все от них зависящее, для поддержания существующего положения в семье. Оптимальной яв-

ляется ситуация, когда начало периода ремиссии у больного наркоманией совпадает с началом последней фазы развития созависимости у матерей. Период выздоровления у матерей проходит также сложно и имеет несколько этапов. Начинается этот период, как правило, с осознания того, что происходит в семье, с понимания своей причастности к болезни ребенка, своей роли в возникновении ситуации созависимости в семье и т.д. Таким образом, осознав проблему и меру своего участия в ее появлении, матерям часто бывает трудно вернуться к старым способам поведения и мышления. В этот момент вновь возникает дилемма: или двигаться дальше, вовлекаясь в реабилитационный процесс (что ставит под угрозу прежнюю систему отношений и порождает страх перед новым и неизвестным: – «Что делать дальше, как быть?»), или возвращаться к прежней системе отношений в семье, к прежнему отношению к самой себе. Однако понимание того, что таким образом проблему вряд ли удастся решить, только усиливает внутренний конфликт. Если решение на дальнейшую работу и движение вперед принято, то матери начинают проявлять чрезмерную активность в реабилитации, вновь, таким образом, как бы вытесняя из него других членов семьи: «А что папа? Он не сможет наладить отношения не только со мной, но и с сыном. А сыну надо учиться, работать, заводить семью» и т.д. И только после многократных и часто безуспешных попыток начать решать то множество проблем в семье, которые и способствовали возникновению наркомании, матери начинают действительно обращаться за помощью. Этот этап начинается с осознания себя, своих потребностей, с попыток эмоционального отделения от больного, с попыток выражения своих болезненных переживаний, естественного выражения чувства страха и вины. Появляется желание продолжать лечение с целью узнать больше о себе, о ребенке как о личности, осознание значения роли отца в оздоровлении внутрисемейной ситуации. Только после реального переструктурирования в семейной системе можно говорить о начале выздоровления не только самого наркомана,

но и всей семьи как системы.

Наши наблюдения показывают, что длительность отдельных фаз и их последовательность могут изменяться в широком диапазоне проявлений. «Застревание» на первых пяти фазах динамики созависимости детерминировано несколькими факторами разного уровня организации: типом характера у матери, особенностями внутрисемейных отношений в собственной и родительской семьях и т.п. *Застревание* означает не только невозможность перехода матери к зрелым формам поведения, но и укрепление у нее деструктивных паттернов, формирующих определенную форму созависимости. В соответствии с фазой динамики созависимости, на которой произошло застревание, можно говорить о тревожно-фобической, маниакальной и депрессивной формах созависимости. Так, *тревожно-фобическая* форма протекания созависимости обнаруживается при застревании в фазе отрицания, страха, растерянности; *маниакальная* – при застревании в фазе негативизма и фазе мнимого благополучия; *депрессивная* – при застревании в фазе преобладания депрессивных состояний. Сбалансированная фаза развития созависимости является по своей сути первым этапом выздоровления. Для каждой из форм протекания созависимости у матерей наркоманов можно выделить специфические особенности поведения, эмоционального реагирования и когнитивных процессов, которые определяют стратегию и тактику терапевтической работы.

Нам представляется, что генеральная задача терапии созависимости заключается в обеспечении условий для преодоления первых пяти фаз с последующим переструктурированием семейной системы и перехода к фазе сбалансированных эмоциональных состояний, на которой, собственно, и может начаться процесс освобождения от нее. Основным содержанием терапии на каждой конкретной фазе является работа с преобладающим эмоциональным состоянием, преодоление которого означает возможность перехода к конструктивному отношению к проблеме. Реализация этой идеи и составляет сущность дифференцированного подхода к терапии созависимости.

висимости у матерей пациентов, больных наркоманией. На первом этапе реабилитационного процесса необходима хотя бы временная изоляция, «отрыв» созависимой подструктуры семейной системы от зависимой. При этом прежние паттерны продолжают очень активно функционировать, однако теперь прерывается процесс усложнения и дифференциации созависимых и зависимых отношений, что может создать условия для начала перестройки дисфункциональной системы. Второй этап включает в себя начало изменений в системе, начало осознания моделей созависимого поведения, механизмов воспроизведения данных моделей, роли и места каждого из участников этого процесса и т.д. И наконец, задача третьего этапа заключается в завершении коррекционного процесса созависимости и оказание помощи в прохождении эволюционных стадий развития семьи на основе становления новых форм взаимоотношений. Дифференцированный подход в работе с матерями пациентов, больных опийной наркоманией, не отрицает необходимости решения общих для всех форм протекания созависимости задач:

- коррекция механизмов отрицания и игнорирования (неприятие в расчет), существующих в семье негласных правил;
- коррекция синдрома «счастливой семьи»;
- усиление внутрисемейного кризиса путем активного вовлечения родителей в реабилитационный процесс;
- терапевтическая коррекция моделей поведения, ролевых позиций и родительских стилей по отношению к наркоману;

- проведение диагностики стилей воспитания, супружеских взаимоотношений, позиции родителей по отношению к болезни;
- разработка специальных домашних заданий для всех членов семьи, направленных на понимание причин проблемы, на выражение своих чувств, на исцеление «внутреннего ребенка», на освоение новых форм взаимоотношений;
- организация более открытых коммуникаций и переговоров;
- построение иерархической структуры семьи;
- объединение семьи на основе помощи идентифицированному пациенту;
- заключение соглашений и определение правил взаимодействия;
- психологическая коррекция вариантов вторичных психологических защит;
- «распутывание» созависимых взаимоотношений;
- обнаружение игр и манипулирования;
- помощь семье в разрешении задач и требований жизненного цикла;
- обеспечение перехода на следующую стадию развития семьи.

Опыт применения дифференцированного подхода к терапии созависимости у матерей наркоманов в сочетании с решением общих для всех форм созависимости задач существенно повышает вероятность отказа от созависимого поведения и перехода в зрелой адаптации. Последнее обстоятельство положительно влияет на устойчивость ремиссии у больных опийной наркоманией.

DIFFERENTIAL APPROACH TO THE INDIVIDUAL THERAPY OF CODEPENDENCE FOR MOTHERS OF OPIATE DRUG-ADDICTED PATIENTS

© 2003 S.V.Berezin, E.A.Nazarov

The Samara state university

A possibility of the differential approach to the therapy of the codependence provided for mothers of opiate drug-addicted patients is proved in the article. It is shown that we can apportion several phases of codependence pathogenesis: the phase of a denial, the phase of the fear and 'losing mind' predomination, the phase of the neglect, the phase of a depression, the phase of a balanced emotions. Qualitative characteristics of each phase are determined by the predominated emotional state of mind. The goals and tasks of the codependence therapy are stated for each stage.