

Клиническая
психология

Г.В. Старшенбаум

АДДИКТОЛОГИЯ
психология
и психотерапия
зависимостей

Геннадий Владимирович Старшенбаум
Аддиктология: психология и
психотерапия зависимостей

*Текст предоставлен издательством <http://www.litres.ru>
Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей: Когито-Центр; Москва; 2006
ISBN 5-89353-157-4*

Аннотация

Книга известного отечественного психотерапевта Г.В. Старшенбаума посвящена одной из наиболее актуальных проблем современной России – проблеме зависимостей. Многолетний опыт работы с пациентами, страдающими как химическими, так и эмоциональными зависимостями, позволяет автору проанализировать глубинные механизмы различных аддикций и на этой основе выделить новую клиническую дисциплину – *аддиктологию*, лежащую на стыке психиатрии, наркологии и сексологии. В книге дается детальное описание клинической картины, диагностики и терапии различных форм аддиктивного поведения, приводятся выдержки из историй болезни пациентов, успешно прошедших курс психотерапии по методике, разработанной автором.

Рекомендуется в качестве практического руководства и учебного пособия для практикующих и обучающихся психологов, психотерапевтов, психиатров, наркологов и сексопатологов.

Содержание

Пролог	5
Социология и биология наркотизма	7
Психология зависимого поведения	12
Личностные особенности	17
Клинические аспекты наркологии	29
Алкоголизм (F10)	35
Клинические формы и течение	37
Рецидивы	44
Психология алкоголизма	47
Раннее распознавание	51
Этапы психотерапии	53
Семейная терапия	62
Групповая терапия	66
Наркомании	76
Распространенность и течение	76
Клинические формы	79
Опиизм (F11)	79
Гашишизм (F12)	82
Зависимость от снотворных и седативных средств (F13)	85
Кокаинизм (F14)	89
Зависимость от стимуляторов (F15)	91
Зависимость от галлюциногенов (F16)	94
Никотинизм (F17)	95
Зависимость от ингалянтов (F18)	100
Психология наркомании	102
Раннее выявление наркомании	107
Психотерапия	111
Реабилитация	119
Профилактика химической зависимости	123
Пищевая зависимость (F50)	127
Нервная анорексия (F50.0)	128
Происхождение	131
Терапия	134
Нервная булимия и переедание (F50.2)	136
Выявление булимии	138
Происхождение	140
Терапия	142
Азартное поведение	146
Патологические влечения (F63)	147
Игромания (F63.0)	148
Компьютерная зависимость	153
Происхождение игромании	157
Психотерапия патологических игроков	159
Патологическое воровство (F63.2)	163
Сверхценные увлечения	165
Аддикция к деньгам	165

Аддикция к власти	167
Аддиктивный фанатизм	170
Трудоголизм	176
Синдром выгорания профессионала	180
Аддикция к разрушению и саморазрушению	184
Аддикция к разрушению	184
Аддикция к саморазрушению	189
Происхождение агрессивности	192
Измерение агрессивности	196
Принципы психотерапии	198
Сексуальная аддикция	201
Клинические формы	201
Сексуальная агрессия	206
Сексуальная аутоагрессия	211
Происхождение сексуальной аддикции	213
Психотерапия	219
Аддикция отношений	222
Безумная любовь	222
Происхождение любовной аддикции	227
Психотерапия	231
Конфликт зависимых отношений	233
Аддикция избегания и избавление от одиночества	240
Созависимость	244
Клиника и течение	244
Происхождение созависимости	248
Диагностика	250
Психотерапия созависимости	255
Терапия созависимой семьи	258
Отечественный подход	262
Воспитательные проблемы	264
Созависимость психотерапевта	268
Эпилог	272
Литература	273
Словарь терминов	285

Геннадий Владимирович Старшенбаум

Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей

Пролог

Все мы бражницы здесь, блудницы.
А. Ахматова

Теренс Маккена (1995), автор нашумевшей книги «Пища богов», считает, что обезьяну человеком сделал вовсе не труд, а галлюциногенные грибы. Под влиянием галлюцинаций у нашего предка развилось воображение, он научился уходить от тягот реальной жизни в фантазии. С помощью наркотиков первобытный человек поддерживал связь с предками, которые продолжали заботиться о нем и после своей физической смерти. Так что *Homo sapiens* изначально оказался между Сциллой трезвой реальности и Харибдой опьяняющего вымысла.

Эта книга о тех, кто в попытке убежать от реальности попал в ловушку зависимости – об аддиктах (лат. *addictus* – приговоренный за долги к рабству). Зависимость – более широкое понятие, чем наркомания.

Зависимое поведение проявляется следующим образом. Вы не контролируете *это*, скорее *это* контролирует вас. Вы чувствуете, что не имеете иного выбора, кроме как делать *это*, брать *это*, поступать так, как требует *это*. Та или иная привычка настолько укореняется в вашей жизни, что становится не заметной для вас. Вы делаете *это* все чаще и чаще, стараясь получить все более сильный эффект. Вы начинаете регулярно делать *это*, когда предчувствуете неприятные ощущения – скуку, одиночество, физическую боль и т. п. Вы чувствуете, что уже не можете справиться с вашими жизненными проблемами без помощи *этого*. Вы можете провести значительную часть жизни, сражаясь с *этим*. Вы можете потратить драгоценную энергию души, страдая от *этого* и безуспешно пытаясь избавиться от *этого*. На *это* уходит часть ваших денег, вашего времени, вашей энергии в ущерб чему-то более полезному, в результате вы еще больше ненавидите себя за эти бессмысленные траты. Вы теряете самоуважение, душевные силы, возникает угроза разрушения всего вашего жизненного уклада (семья, карьера, друзья), физического и душевного здоровья. Некоторых *это* в конце концов убивает.

Аддикции включают химическую и эмоциональную зависимость, в том числе созависимость. *Химическая зависимость*, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), – это психическое, а иногда соматическое состояние, являющееся следствием повторного употребления естественного или синтетического психоактивного вещества. *Психоактивное вещество* (ПАВ) – вещество, оказывающее наркотическое воздействие на организм. К ПАВ относятся наркотики и официально не причисленные к наркотикам вещества: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии. *Наркотик* (греч. *narkotikos* – одурманивающий) – вещество, которое вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом – психическую или физическую зависимость. Зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам, называется *токсикоманией*. Используется также ненаучный термин *привыкание*, который

подразумевает психическую зависимость больного от препарата, принимаемого с целью облегчить труднопереносимые проявления болезни.

Эмоциональная зависимость выражается в *азартном поведении*, при котором, в отличие от обычных навязчивостей, побуждение к деятельности является или становится витальным, как сильный голод или жажда, и овладевает человеком полностью. Эротоманам требуются эйфоризирующие вещества, выделяющиеся в головном мозгу при сексуальном возбуждении. Они же выделяются и во время «творческого запоя» у трудоголика. Созависимым необходимы так называемые токсические эмоции: тревога за зависимого, жалость к нему, периодическое появление стыда, вины, обиды, ненависти. При удовлетворении этих патологических эмоциональных потребностей у аддикта возникает чувство удовольствия и облегчения. Азартное поведение делится на *импульсивное* – без борьбы мотивов, и *компульсивное*, где эта борьба присутствует. Импульсивное поведение характерно для *патологических влечений*. Это может быть воровство при клептомании, азартные игры при патологическом гемблинге, поджог при пиромании, переедание при булимии. Компульсивное поведение наблюдается при *сверхценных увлечениях*: при аддикции к деньгам, трудоголизме, фанатизме и т. п.

Аддикта характеризует стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния, развития и поддержания интенсивных эмоций посредством приема психоактивных веществ или чрезмерной фиксации на определенных видах деятельности. Выделяют 5 этапов развития аддикции: 1. человек открывает способ, с помощью которого может сравнительно легко менять свое психическое состояние. 2. он привычно использует этот способ в трудные моменты. 3. аддиктивное поведение становится частью его личности и не подлежит критике. 4. аддиктивная часть личности начинает полностью определять жизнь аддикта. 5. разрушается психика и биологические процессы в организме (Королев, 2000).

Социология и биология наркотизма

Пить, когда никакой жажды нет, и во всякое время заниматься любовью – только этим мы и отличаемся от других животных.

Пьер Бомарше

История распространения ПАВ. Упоминания о вине и пиве встречаются уже в египетских папирусах, относящихся к третьему тысячелетию до н. э. В Древней Греции употребляли сухое виноградное вино, наполовину разведенное водой (так вас угостят в греческой деревне и сейчас). По римским законам вино разрешалось пить мужчинам начиная с 35 лет. Пушкин в цикле «Подражания древним» писал: «Юноша! Скромно пируй, и шумную Вахову влагу с трезвой струей воды, с мудрой беседой мешай».

Египетские врачи с XV в. до н. э. применяли одурманивающие вещества для наркоза и уменьшения болей. В Каирском музее находится мумия малолетней принцессы, жившей в XIV в. до н. э. Во рту у нее были обнаружены остатки опиума – следы то ли обезболивающего лечения тяжело больной, то ли передозировки у юной наркоманки. Вдыхание наркотических паров издревле использовалось во время шаманских обрядов и богослужений. Известно, что скифы еще в V в. до н. э. садились вокруг костра, сыпали на раскаленные камни коноплю и дышали этим дымом, доходя до опьянения. В Средней Азии из конопли делали гашиш, который курили и добавляли в пищу. Великий древнеримский врач Клавдий Гален (130–201 гг. н. э.) ввел опий в широкую медицинскую практику в качестве панацеи чуть ли не от всех болезней.

На Руси издавна варили брагу, медовуху, пиво, сидр и пили эти слабоалкогольные напитки лишь по праздникам. В 800 г. арабский алхимик изобрел первый самогонный аппарат для изготовления этилового спирта, который применяли в медицинских целях. В XV в. генуэзские купцы завезли в Россию «белое вино» – 20 % водку, хотя татаро-монгольские завоеватели еще в конце XIV вв. ввели запрет на крепкие алкогольные напитки, просуществовавший 160 лет – до середины XVI в. Петр I спаивал приближенных на ассамблеях и в то же время «боролся» с пьяницами, заставляя их носить на шее 5-килограммовую чугунную медаль «За пьянство».

В 1492 г. Колумб открыл Америку. Высадившись на Кубе, матросы обнаружили туземцев, куривших табак. С этого момента началась пандемия никотинизма в Старом Свете. Попытки запретить курение табака были безуспешными, а иногда и катастрофическими. Именно запрещение курения табака в Китае в XVII в. привело к распространению опия. Он тоже был запрещен, однако к концу XVIII в. и опий, и тот же табак привычно курили по всей стране. В 1838 г. в Китае попытались покончить с контрабандным ввозом опия. Были сожжены склады с опиумом и британские суда, ожидавшие разгрузки в порту – всего около тысячи тонн. В результате началась «опиумная война», закончившаяся поражением Китая. Ему пришлось выплатить Великобритании огромную контрибуцию и отдать Гонконг. Через 15 лет разразилась новая война, в которой к Англии присоединились Франция и США. Китай вновь проиграл, вынужден был легализовать торговлю опиумом, а чтобы сократить отток золота из казны и предотвратить инфляцию, начал выращивать собственный опийный мак.

В XVII в. в Европе начали широко употреблять чай, кофе и какао, а также рафинированный сахар, производимый из сахарного тростника, растущего в тропических странах. С этим связано историческое «Бостонское чаепитие». В 1773 г. американских колонистов возмутило повышение цен на чай, и они утопили весь чай, которым были нагружены суда британской метрополии, стоявшие в порту Бостона. Этот конфликт стал последним шагом на

пути рождения самостоятельного американского государства – США. В XIX в. по инициативе Наполеона в Европе стали выращивать сахарную свеклу, и с этого времени чай, кофе, шоколад и сахар стали самыми распространенными стимуляторами.

В начале XIX в. один немецкий аптекарь выделил из мака опий, который назвал морфином в честь древнегреческого бога сна Морфея. В 1865 г. в Америке была изобретена игла для подкожного впрыскивания, и вскоре морфий стал широко применяться как болеутоляющее, снотворное и средство для наркоза. «Маковые соски» еще не так давно рекомендовали в качестве успокоительного средства даже для маленьких детей. В наших аптеках настойку опия можно было купить без рецепта до 60-х годов.

В 1938 г. швейцарский химик Альберт Хоффман синтезировал диэтиламид лизергиновой кислоты – ЛСД, самый мощный на сегодняшний день галлюциноген. В 1950 г. американские ученые начали серию исследований препарата с целью выяснения его терапевтической ценности. Несмотря на отрицательные и пугающие результаты, ЛСД был широко разрекламирован известными деятелями литературы и искусства как средство «расширения сознания». Началась психоделическая революция 1960-х годов.

В 50-х годах. Генрих Дрезер, сотрудник американской «аспириновой» компании Байер, обработав морфин дешевым и доступным уксусным ангидридом, получил новое средство от кашля – героин. Вскоре выяснилось, что по своим аддиктивным свойствам героин еще опаснее морфина и он был изъят из врачебной практики, но было уже поздно – из лабораторного сосуда был выпущен еще один джинн...

Подводя итоги, можно сказать, что лекарственная зависимость пришла из медицины в следующей последовательности: 1) опиаты в качестве оглушающих при болевом синдроме, 2) барбитураты в качестве снотворных, 3) анальгетики, 4) психостимуляторы, 5) транквилизаторы, 6) галлюциногены, используемые в США и других странах в рамках психолитической и психоделической терапии. По оценкам специалистов, в настоящее время лекарственная зависимость в России охватывает 30 млн. человек. Это положение является результатом сделки государства и аддикта. Государству дешевле подготовить профессионала, который может лишь выписать рецепт, не задумываясь о последствиях, а аддикту легче принимать лекарства, чем работать над собой.

Социальные корни зависимости. В доисторическую эпоху, как показывают остатки материальной культуры и искусства того времени, отношения между членами племени основывались на сотрудничестве, люди поклонялись матери-природе и высоко ценили деторождение. С появлением сельского хозяйства, животноводства, ремесел и денег возникли частная собственность, семья и государство. Последние четыре тысячелетия являются историей авторитарного общества с его культом силы, принимающим форму грабежа, насилия, убийства. Люди, берущие на себя бремя власти, контролируют доходы и распределяют их таким образом, чтобы держать остальных в материальной зависимости. Екатерина II ввела государственную монополию на водку и сделала бюджет России «пьяным», так как почти половину доходов давала торговля водкой. «Пьяным народом легче управлять», – цинично заявляла государыня. Если деревенский сход решал не покупать водку и не посещать кабак, бунт подавлялся силой.

В современном обществе существуют условия, способствующие распространению аддиктивного поведения. Возможность легкого и немедленного получения удовольствий, которое становится стилем жизни, обедняет эмоции, мотивацию к обучению и интересной работе, содержательному досугу. Все это можно заменить развлекательными телепередачами, компьютерными играми, «быстрым» сексом, алкоголем и наркотиками. Эти способы легко доступны и широко рекламируются, в то время как престижность многих профессий падает. В 90-е годы самыми доходными занятиями стали рэкет и валютная проституция. Стремление людей получить, как Остап Бендер, «все и сразу» привело к появлению

гигантских финансовых пирамид. Их вершиной стала правительственная спекуляция государственными казначейскими обязательствами (ГКО). Во время дефолта 1998 г. эта пирамида рухнула, погрузив страну на самое дно кризиса. Уровень жизни населения падает, преступность растет, человеческая жизнь обесценивается, нет уверенности в завтрашнем дне. Исчезли многие формы государственной защиты, увеличилось число неблагополучных семей, в которых растут больные и невротизированные дети. По данным МВД РФ, число беспризорных детей и подростков составляет четыре миллиона человек. Смертность возросла в полтора раза, рождаемость снизилась вдвое.

Государственные меры по борьбе с наркоманией ограничиваются карательным подходом. В зависимости от вида правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, и степени их тяжести предусмотрена административная и уголовная ответственность. Административная ответственность включает штраф (его обычно приходится платить родителям) и задержание на несколько суток. Уголовными преступлениями считаются: незаконное изготовление, потребление, перевозка, сбыт наркотических средств; хищение наркотических средств; организация или содержание наркотических притонов для потребления этих средств; посев или выращивание запрещенных к возделыванию культур, содержащих наркотические вещества. Наказания за эти преступления предусматривают лишение свободы на срок до 10 лет с конфискацией имущества. Уголовную ответственность несут лица, достигшие 16 лет, а в случае совершения тяжких преступлений – 14 лет.

Распространенность химических зависимостей. Сегодня человечество тратит на психоактивные вещества столько же, сколько на медицину или искусство. Число злоупотребляющих наркотиками и другими психоактивными веществами в мире сейчас составляет около 50 млн. человек, 85 % из них приходится на долю американского континента (в Азии в 10 раз меньше). По данным опросов общественного мнения наркомания оценивается как одна из самых страшных социальных проблем, серьезно угрожающих человечеству, и ее ставят на пятое место – после бедности, роста преступности, безработицы и загрязнения окружающей среды. Алкоголизм и наркомания связаны с распространенностью преступности и самоубийств, дорожных и производственных аварий. Огромные доходы наркомафии большей частью идут на финансирование террористов.

Алкоголики и наркоманы разрушают собственное здоровье, семью и судьбы своих детей. Каждую четвертую койку в больнице занимает тот, кто лечится от последствий алкоголизма, каждый четвертый ребенок растет в семье алкоголика. Количество смертельных исходов при алкоголизме возрастает в 10 раз, при наркомании – в 30. Злоупотребление алкоголем сокращает жизнь на 15–20 лет. Длительность жизни наркомана с момента формирования зависимости – 5–10 лет. В США существует более пяти тысяч центров лечения алкоголизма и наркоманий, обслуживающих свыше миллиона больных в год с ежегодными затратами, превышающими 15 млрд. долл. Общий финансовый ущерб от употребления алкоголя и наркотиков в США составляет 250 млрд. долл. в год.

По данным на 1998 г. под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях России находилось три миллиона больных алкоголизмом и наркоманией. Фактическое количество больных превышает учтенные показатели в десятки раз. На каждого химически зависимого приходится в среднем четыре человека, страдающих от его злоупотребления ПАВ. При этом выявлено, что молодежная наркомания представляет опасность для 63 % друзей опрошенных. По данным ряда авторов, под угрозой сейчас находится треть молодого поколения страны, а это в ближайшей перспективе может привести к социальной нестабильности общества.

Прослеживается связь аддиктивных и невротических механизмов между собой и с чертами национального характера. Так, американцы ирландского происхождения практически не страдают невротическими расстройствами, зато у них высока заболеваемость алкоголиз-

мом. У лиц же еврейской национальности, наоборот, минимальна заболеваемость алкоголизмом, в то же время уровень невротических расстройств значительно выше, чем в других этнических группах. Определенное значение имеют и условия жизни. Среди хмонгов, живущих в Азии и занимающихся выращиванием опийного мака, выявлено 20 % наркоманов при полном отсутствии неврозов. Среди представителей той же народности, проживающих в США, наркоманы составляют всего 1 %, при этом неврозом страдает 90 %.

Биологические механизмы аддиктивного поведения. У детей, родившихся от пьющих матерей («детей субботы»), наблюдается алкогольный синдром плода: задержка роста, характерная лицевая аномалия и мозговая дисфункция. Этот синдром является основной причиной задержки умственного развития детей, оставляющий болезнь Дауна далеко позади. По некоторым данным, среди бедных слоев населения заболеваемость составляет 80 %. На последствия данного синдрома в США ежегодно тратится 320 млн. долл.

Еще более распространен у детей такой неспецифический синдром, как *минимальная мозговая дисфункция*, приводящий к гиперактивности и плохой обучаемости. Подростки с этим синдромом не могут безболезненно освободиться от влияния родителей, построить хорошие социальные и сексуальные отношения со сверстниками и разумно планировать свою жизнь. Часто они пытаются контролировать свою гиперактивность с помощью марихуаны и других наркотиков; снижают остроту депрессивных реакций, принимая алкоголь.

У детей алкоголиков часто имеется врожденная предрасположенность к употреблению алкоголя, представление о положительном воздействии алкоголя в период стресса, оценка алкоголя как вознаграждения; для них характерны отсутствие похмелья, эмоциональная неустойчивость, трудности в планировании и организации своих действий, проблемы с прогнозированием последствий своих поступков, склонность к отчаянному риску.

В 1954 г. американский нейрофизиолог Джеймс Олдс открыл в головном мозгу *центры удовольствия*, стимуляция которых вызывает эйфорию, по интенсивности близкую к оргазму. В обычных условиях подобные ощущения подкрепляют полезное, адаптивное поведение и облегчают невыносимую боль. Предполагается, что центры удовольствия аддиктов не получают достаточной активации в повседневной жизни, поэтому у них с рождения наблюдается *синдром дефицита удовольствия*. Дети с этим синдромом испытывают постоянное чувство скуки; источником «острых ощущений» для них становится гиперактивность, непослушание, лживость и агрессивность. Вследствие повышения толерантности (переносимости) прежние ощущения притупляются и в ход идут психоактивные вещества.

Было установлено, что однайцевые близнецы, т. е. генетические копии – дети алкоголиков становятся алкоголиками независимо от того, кто из них воспитывался в какой семье – алкоголиков или благополучной. В 1990 г. коллега Олдса Кеннет Блюм обнаружил ген аддиктивности, передающийся по наследству и отвечающий за предрасположенность к зависимости. Этот ген обнаружен не только у алкоголиков и наркоманов, но и у злостных курильщиков, патологических обжор, гиперсексуальных личностей и азартных игроков.

В конце прошлого века были обнаружены расположенные на поверхности нервных клеток головного мозга опиатные рецепторы и выделены *нейромедиаторы*, воздействующие на эти рецепторы: дофамин, энкефалины, эндоморфины (эндорфины) и др. Оказалось, что ПАВ имитируют действие нейромедиаторов, стимулируют их выработку и задерживают распад. При этом мозг постепенно отвыкает вырабатывать медиаторы сам, его требуется подстегивать все большими дозами ПАВ. Без допинга мозг не может сразу восстановить свою прежнюю активность, в результате резко ухудшается настроение и самочувствие.

Алкоголь и транквилизаторы таким образом понижают выработку в головном мозгу нейромедиатора ГАМК (гамма-аминомасляная кислота), опиоиды – эндорфинов, кокаин и амфетамины – дофамина. Недавно был обнаружен нейромедиатор, который действует почти

так же, как ТКГ (тетрагидроканнабиол), основной активный алкалоид конопли. Чрезмерное потребление марихуаны снижает выработку этого медиатора.

Хотя эротическую аддикцию относят к числу нехимических, в ней тоже участвуют биохимические стимулы. Это феромоны – летучие вещества, вызывающие у партнера сексуальное влечение. К ним относятся андростенон, присутствующий в поте мужчины и обладающий мускусным запахом, и копулин, входящий в состав женских половых выделений. В пылу любовного увлечения в мозгу вырабатываются фенилэтиламин и дофамин, которые стоят в одном ряду с эйфоризирующим наркотиком амфетамином. Пребывание наедине с любимым человеком стимулирует выработку эндорфина, а эротические ласки приводят к выделению «вещества объятий» окситоцина, с которым связано переживание оргазма и сексуального удовлетворения, а также удовольствия от комплимента или похвалы.

☺ Любимый анекдот М.С. Горбачева. После введения закона об ограничении продажи спиртных напитков мужчина стоял-стоял в очереди в винный отдел, потом не выдержал и говорит: «Ну, все, я его убью, этого Горбачева!», и пошел в Кремль. Через час приходит, очередь чуть-чуть продвинулась. Его спрашивают: что так быстро вернулся. А он отвечает: «Да там очередь еще больше!»

Психология зависимого поведения

Сознание боится пустоты.
Поль Валери

ПАВ соотносится с реальной проблемой аддикта как градусник с лихорадкой. Главное – не форма зависимости, а личность аддикта, на нее следует обращать основное внимание. Аддиктивную личность отличают черты незрелости: невыраженность интеллектуальных и духовных интересов, твердых нравственных норм, неустойчивость, ненасытность, безответственность, чувство стадности. Аддикт хуже переносит трудности повседневной жизни, чем кризисные ситуации («Пьяному море по колено»). Преувеличение своих достоинств маскирует скрытый комплекс неполноценности. Внешняя социабельность сочетается со страхом перед стойкими социальными контактами и манипулятивностью. Отмечается стремление аддикта уходить от принятия решений, говорить неправду, и в частности обвинять других, зная, что они невиновны. Для него также характерны зависимость и тревожность, склонность к колебаниям настроения, стереотипность, повторяемость поведения.

Аддикт существует вне реального времени и пространства, в момент иллюзорного наполнения. Он живет от одного момента к другому, но не может удовлетвориться ни в одном из них. Он то заполняет пустоту настоящего с помощью наслаждения, опьянения, выигрыша, успеха и т. д., то оказывается одержим нереальностью своего переживания в форме неудовлетворенности и похмелья, непреодолимо вынуждающих к немедленному повторению аддиктивных действий.

Аддикты страдают *синдромом дефицита удовольствия*, который проявляется в постоянном ощущении скуки. Жизнь представляется аддикту серой и однообразной, он нуждается в дополнительной стимуляции и направляет всю свою энергию на ее поиск. Он сосредоточивается на той сфере, которая позволяет ему на какое-то время вырваться из состояния бесчувственности и апатии. К остальным сферам жизни аддикт интереса не проявляет, все больше уходя от участия в них.

Н. Пезешкиан (1996) выделяет четыре формы аддиктивного поведения как бегства от реальности: 1) бегство в тело – физическое или психическое «усовершенствование» себя; 2) бегство в работу – концентрация на служебных делах (учебе); 3) бегство в контакты или одиночество – постоянное (утрированное) стремление к общению или, наоборот, к уединению; 4) бегство в фантазии – жизнь в мире иллюзий и фантазий. Эта типология перекликается с мнением Берна (1997) о существовании у человека шести видов голода: голод по впечатлениям, по признанию, по контакту и физическому поглаживанию, сексуальный голод, голод по структурированию времени, по событиям.

У аддиктивных личностей вследствие плохой переносимости ими трудностей повседневной жизни, постоянных упреков окружающих и самоупреков формируется комплекс неполноценности. Тревожный аддикт может компенсировать свое чувство неполноценности гиперсоциальностью, например трудоголизмом. Защитой от чувства неполноценности у аддиктов часто служит гиперкомпенсация в виде завышенной самооценки с демонстрацией своего превосходства над окружающими. Аддикт противопоставляет толпе обывателей свою романтическую жизнь, свободную от обязательств, а значит, и от обвинений. Некоторые аддикты посвящают свою жизнь карьере, борьбе за власть, обогащению.

По Короленко и Донских (1990), основные мотивации аддиктивных расстройств таковы: 1) противотревожная, 2) субмиссионная (подчиненная влиянию других), 3) гедонистическая (эйфоризирующая), 4) активирующая (часто для сексуальной гиперстимуляции), 5) псевдокультурная (демонстрирующая принадлежность к данной культуре, компенсирующую

щая комплекс неполноценности; может проявляться, например, в стремлении играть роль тамады).

Выделяют следующие причины употребления наркотиков: эйфорию, доступность, влияние культуры, подавление боли, скуку, бунт, развлечение и любопытство, ухудшение провоцирующей ситуации, давление сверстников, подавление стресса, разрешение общества, самолечение, биохимическую предрасположенность, физическую зависимость, подкрепление интоксикации, внешний локус контроля, привычку, социальное подкрепление, низкую самооценку, зависимую личность, уход от реальности, импульсивность, моментальное удовольствие, неспособность увидеть альтернативы наркотикам.

Цитренбаум с соавторами (1998) представили наиболее частые выгоды, даваемые курением, пищевой аддикцией и алкоголизмом, в виде таблицы.

Курение	Переедание/ Избыточный вес	Алкоголизм
облегчение стресса/ самоуспокоение	облегчение стресса/ самоуспокоение	облегчение стресса/ самоуспокоение
упрямство/ независимость	удовольствие/ подарок	удовольствие/ подарок
удовольствие/ подарок	упрямство/ независимость	надежный «друг»/ «компаньон»
надежный «друг»/ «компаньон»	надежный «друг»/ «компаньон»	средство избежать интимных взаимоотношений
подражание идеалу	средство избежать интимных взаимоотношений	социализация/ вхождение в группу
средство меньше есть и не полнеть	средство избежать сексуальности	оправдание импульсивности
стимуляция	подражание идеалу	облегчение скуки
глубокое дыхание	облегчение скуки	подражание идеалу
социализация/ вхождение в группу	социализация/ вхождение в группу	

Выделяют 5 этапов формирования аддикции. На 1-м этапе человек испытывает небывалый эмоциональный подъем, связанный с рискованным, азартным поведением или химическим воздействием. На 2-м этапе человек прибегает к предмету аддикции в ситуациях фрустрации, при этом межличностные отношения постепенно отходят на второй план, нарастает душевный дискомфорт, провоцирующий аддиктивное поведение. На 3-м этапе аддиктивное поведение становится стереотипным ответом на требования реальности, аддиктивные потребности доминируют в мотивационной сфере личности; человек не реагирует ни на критику его поведения, ни на проблемы близких людей. На 4-м этапе аддикт полностью отчуждается от общества и своей прежней личности, окружающие воспринимают его как «конченого» человека, он теряет даже способность манипулировать людьми. 5-й этап является катастрофой: разрушается не только психика, но и организм; происходит истощение всех жизненных ресурсов. К такому же исходу приводят и нехимические аддикции – из-за духовного опустошения и постоянного стресса, ведущего к сердечно-сосудистым расстройствам.

В развитии химических зависимостей выделяют следующие механизмы. 1. Эволюционный механизм. По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей.

2. Деструктивный механизм. Разрушение личностной структуры, вызванное какими-либо психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение доминирующих прежде потребностей при этом снижается. Второстепенная потребность в ПАВ может неожиданно стать доминирующим, основным смыслообразующим мотивом деятельности. 3. Механизм, связанный с изначальной аномалией личности (Бехтель, 1986).

Выделяются три варианта аномалий: а) при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей; б) при недостаточности внутреннего контроля неполное усвоение групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля; в) при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление ПАВ.

Поведение аддиктов мотивируется следующими иррациональными представлениями. Взрослому человеку совершенно необходимо, чтобы его любили или одобряли все значимые люди в его окружении. Чтобы считать себя достойным, надо соответствовать высоким требованиям и преуспевать во всех отношениях. Некоторые люди плохие, и их надо сурово наказывать. Когда что-то не получается, это катастрофа. Если не везет, то от человека практически ничего не зависит. Если человеку что-то угрожает, надо постоянно думать о том, как это случится. Легче избегать трудностей и ответственности за себя, чем справляться с этим. Надо полагаться на сильного человека и зависеть от него. Текущая жизнь в основном определяется прошлыми воздействиями. Нужно очень сопереживать другим людям. Если не найти идеальное решение проблемы, все погибнет (Эллис, 1999).

Аддикт страдает вследствие переживания внутренней дисгармонии, дискомфорта и фрагментации или из-за неспособности думать хорошо о себе, а следовательно, и о других. Еще больше мучений аддикту доставляют *психологические защиты*, с помощью которых он пытается скрыть свою уязвимость, но которые оказываются для него разрушительными. За спасительную помощь этих патологических защит приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми. Основными психологическими защитами поврежденного и уязвимого Эго аддикта являются:

- примитивная идеализация объекта зависимости;
- фантазии инкорпорации – поглощения объекта отверстием тела (ртом, глазами, вагиной);
- интроекция – замена отношений с внешним объектом отношениями с его интроектом;
- всемогущество – преувеличение собственной силы;
- девальвация – презрительное обесценивание чего-то важного;
- проекция – приписывание другому собственных эмоционально значимых мотиваций;
- проективная идентификация – проекция своих чувств и мотиваций на объект зависимости, над которым аддикт затем пытается установить контроль с помощью идентификации;
- расщепление (сплиттинг) – разделение себя и объекта (объектов) на хороших и плохих;
- отрицание – игнорирование важных аспектов реальности;
- контрфобия – удовольствие от опасной деятельности, бравлада;
- псевдонезависимость – бессознательная демонстрация независимости от объектов аддикции;

- экстернализация – перенос внутреннего конфликта вовне и отыгрывание его компульсивным или импульсивным действием;
- рационализация – сознательное обоснование своего поведения приемлемыми мотивами вместо скрытых неприемлемых.

Занимая центральное место в жизни аддикта, объект аддикции *идеализируется*. Воображение аддикта заполняется фантазиями, в которых он предвкушает каннибальское поглощение объекта аддикции или оргастическое слияние с ним. Благодаря *интроекции* аддикт тотально и безраздельно контролирует избранный объект. Используя его *магическую* силу, аддикт приобретает *всемогущество*. Обладая интроектом, аддикт может позволить себе *обесценить* объект аддикции, чтобы не испытывать зависть к его силе. Под воздействием *проекции* пациент перекладывает на объект аддикции собственные импульсы и аффекты. В результате *проективной идентификации* больной может приписать объекту аддикции собственную враждебность и затем со страхом ожидать какого-то вреда, а свою агрессию считать реакцией на это. Дихотомическое разделение мотиваций, интроектов и объектов на жизненно необходимые и смертельно опасные приводит к *расщеплению*. Чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром, расщепленное сознание прибегает к *отрицанию*, игнорируя наличие аддикции и ее опасность. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью *контрфобии*, вызывающей чувство азарта с эйфорией от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом внутреннего наркотика – эндорфина. Избежать чувства унижительной зависимости помогает *псевдонезависимость*.

Вермсер (2000) описывает возможные пути формирования аддиктивных защит против карающего Суперэго и возвращения отрицаемого. Вместо того, чтобы стремиться к достижению своего идеала, аддикт ищет состояние абсолютного удовлетворения, грандиозности и умиротворения здесь и теперь. Вместо того, чтобы обладать внутренней самокритичностью и при необходимости наказывать себя изнутри, аддикт провоцирует получение наказания извне. Вместо тонко настроенной, функционирующей способности к самонаблюдению, у аддикта присутствуют постоянная готовность чувствовать стыд и унижение перед другими людьми, которые эти чувства провоцируют. Вместо того, чтобы принять ограничения, которых требует реальность и принятые ранее обязательства, аддикт одновременно и бежит от них, и ищет их. Он не переносит ограничений и в то же время парадоксальным образом стремиться к ним. Не заботясь о себе и пренебрегая самозащитой, которую способна дать внутренняя власть Суперэго, аддикт демонстрирует неожиданные колебания и абсолютную эмоциональную ненадежность. В то же время у аддикта наблюдается страстное стремление к человеку, заслуживающему доверия, с ожиданием, что партнер никогда не разочаруется в аддикте, даже если последний злоупотребит его доверием.

Автор выделяет 4 типа семей, формирующих будущего аддикта: 1) травмирующая семья, в которой ребенок может идентифицироваться либо с агрессором, либо с жертвой, испытывая чувства стыда и беспомощности и в последствии избавляясь от них с помощью ПАВ; 2) навязчивая семья, возлагающая собственные грандиозные ожидания на ребенка, который впоследствии компенсирует свою фальшивую идентификацию с помощью ПАВ; 3) лживая семья, в которой ребенок утрачивает чувство реальности и собственной личности, испытывает стыд, отчуждение и деперсонализацию, компенсируя эти чувства с помощью ПАВ и 4) непоследовательная семья, когда правила родителей различаются и к тому же меняются на ходу, из-за чего нарушается стабильность Суперэго и социализация, вследствие чего создается мотивация для употребления ПАВ.

Винникотт (2000а) указал на значение *переходных объектов* (предметов или деятельности), символизирующих для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру как функцию внутренней хорошей матери. Если про-

цессу интроекции препятствует поведение родителей, ребенку приходится расщепить образ себя на две части: одна часть – ложная – соглашается с требованиями внешнего мира, а другая – тайная – составляет субъективный мир ребенка. Затем человек живет так, как будто он «не вполне настоящий», и всю жизнь злоупотребляет переходными объектами, которые приносят лишь временное облегчение: наркотиками, сексуальными ритуалами, другими людьми или компульсивной деятельностью («чем бы дитя ни тешилось...»).

Аддиктивные личности, не получив в раннем детстве доступа к эмпатичной (эмоционально чуткой и теплой) матери, помещают свой материнский идеал вовне и отгораживают его, чтобы идеальная мать была внешней, но легко доступной, как пища. В результате идолопоклоннического переноса все доброе приписывается только идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получить любой ценой. Однако пользоваться любовью – значит нарушить материнские границы, а это переживается как преступление Прометея, заслуживающее мучительного наказания, которое хуже смерти (на плечах наших алкоголиков выколото: «Не забуду мать родную» и «Нет в жизни счастья»). Выходом становится поворот от матери к вещам, так как они заслуживают большего доверия и в результате становятся аддиктивными объектами. Они приносят удовлетворение и наказание, временное забвение в смертельных объятиях и возрождение (Кристал, 2000).

В формировании наркотической зависимости отмечают роль бессознательных страхов и желаний матери, которые тормозят формирование способности младенца быть одному. В результате у него вырабатывается наркотическая зависимость от ее присутствия и ее функций по уходу за ним, формируются *созависимые* отношения. Со временем ПАВ замещают переходные объекты детства, однако они не могут обеспечить формирования механизмов независимости, поэтому автор называет объекты аддикции патологическими преходящими объектами. Роль таких объектов могут играть и другие люди, тогда речь идет об эротической зависимости или созависимости (МакДугалл, 1999).

Карпман описал «*драматический треугольник*», который лег, в частности, в основу проанализированной Берном игры «Алкоголик». Каждый игрок попеременно занимает одну из 3 позиций: Преследователь, Жертва и Спаситель. В день получки муж приходит пьяный, без зарплаты и устраивает дома дебош, играя роль Преследователя (а жена – Жертвы). Наутро он мучается с похмелья и исполняет роль Жертвы, вымаливая прощение жены, которая вначале находится в роли Преследователя, а простив и дав похмелиться – в роли Спасителя. Очевидно, что Преследователь и Жертва нуждаются друг в друге для садомазохистских созависимых отношений, при этом Жертва-алкоголик использует готовность Спасительницы-жены самоутверждаться за его счет. Со временем алкоголик подрывает свою самооценку и впадает в зависимость от жены. Когда ей, наконец, удастся привести мужа лечиться, для нее это передача роли Спасителя профессионалу, а для мужа – ее предательство и появление совсем уже безжалостного Преследователя («Обложили меня, обложили...») (Берн, 1997).

Личностные особенности

Эффективность психотерапии аддиктов во многом зависит от учета их личностных особенностей, поэтому стоит на них остановиться.

Параноидное расстройство личности нередко лежит в основе аддикции к власти и других сверхценных увлечений. Особенно заметно данное расстройство проявляется при тоталитарном режиме, когда высоко ценятся проявления силы и власти, а все слабое и ущербное вызывает презрение. Основной его спецификой является наличие сверхценной идеи об особом значении собственной персоны.

Диагностические критерии: 1) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; 2) постоянное недовольство другими людьми, склонность не прощать оскорбления, пренебрежительное отношение или причиненный ущерб; 3) подозрительность и стойкая тенденция к искажению пережитого, когда нейтральное или дружественное отношение других неверно истолковывается как враждебное или пренебрежительное; 4) бранчивость, сварливость, неуживчивость и стойкое, неадекватное ситуации отстаивание собственных прав; 5) частые неоправданные подозрения в неверности супружеских или сексуальных партнеров; 6) повышенная оценка собственной значимости с тенденцией относить происходящее на свой счет и 7) частые необоснованные мысли о заговорах, субъективно объясняющих события в близком или широком социальном окружении.

Психодинамика: проекция, отрицание, рационализация, стыд; оборонительные, мазохистские, ипохондрические черты; несостоявшаяся индивидуализация и проблемы автономии, идентификация с агрессором. Когнитивные мишени: 1) я благочестивый, невинный, благородный, уязвимый; 2) они вмешивающиеся, злобные, дискриминирующие, склонные к злоупотреблению; 3) мотивы людей вызывают подозрения, будь начеку, не доверяй; 4) надо быть настороже, искать скрытые мотивы, обвинять и мстить.

Применяется когнитивно-поведенческая терапия, направленная на снижение фонового уровня тревожности и совершенствование навыков решения проблем. Необходима предельная открытость и искренность, последовательность тактики, ясность и однозначность высказываний, исключение юмора в общении, поддержка сохранных сторон личности, акцент на реальности. Внимательно вслушиваясь в жалобы и обвинения больного, следует избегать вставать на чью-либо сторону в конфликте.

☺ В шесть лет я хотел быть Колумбом, в семь – Наполеоном, а потом мои притязания постоянно росли.

Сальвадор Дали

Шизоидное расстройство личности имеет в своей основе глубокую неспособность к эмпатическим отношениям, что приводит к замкнутости больных. С целью получения удовольствия они могут пристраститься к наркотикам и алкоголю, прибегать к различным половым перверсиям, увлекаться философскими и религиозными течениями, схемами построения здорового образа жизни за счет необычных диет и спортивных занятий и т. п.

Диагностические критерии: 1) лишь немногие виды деятельности доставляют радость; 2) эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенный аффект; 3) снижена способность к выражению теплых, нежных чувств или гнева к окружающим; 4) внешнее безразличие к похвале и критике окружающих; 5) сниженный интерес к сексуальному опыту с другими людьми; 6) почти постоянное предпочтение уединенной деятельности; 7) чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию; 8) отсутствие близких друзей или доверительных отношений и нежелание их иметь и 9) отчетливо недостаточный учет социальных норм и требований, частые ненамеренные отступления от них.

Психодинамика: социальная заторможенность, эмоциональные ограничения и неприятие. Отмечаются также проекция, отрицание, интеллектуализация, уход, изоляция, аутистическое фантазирование. Когнитивные мишени: 1) я самодостаточный, одиночка; 2) они назойливые; 3) мне не нужны другие люди; взаимоотношения с людьми беспорядочны и нежелательны; 4) надо дистанцироваться от людей.

Используется групповая терапия, направленная на идентификацию эмоций, коммуникативный тренинг, повышение социальной активности в условиях терапевтической среды. Необходимо индивидуализировать программу адаптации в социальном окружении, проявлять к больному теплое, заботливое отношение без навязчивости, для повышения мотивации к лечению использовать тенденцию больного к интроспекции.

☺ Чтобы быть собой, нужно быть с кем-то.

Станислав Ежи Лец

Антисоциальное расстройство личности заключается в грубом игнорировании прав окружающих. Основная черта – стремление непрерывно получать удовольствие, избегая всякого напряжения и труда. Начиная с подросткового возраста характерны прогулы, побеги из дома, драки, воровство, злоупотребление ПАВ, промискуитет, суицидный шантаж. В местах заключения такие пациенты могут составлять до 75 % осужденных. Многие формально не нарушают законов, эгоистично эксплуатируя других в рамках избранной профессии.

Диагностические критерии: 1) бессердечное равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии; 2) отчетливая и стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями; 3) неспособность к поддержанию устойчивых отношений при отсутствии затруднений в их установлении; 4) крайне низкая фрустрационная толерантность и низкий порог появления агрессивного, в том числе насильственного поведения; 5) отсутствие осознания своей вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, в особенности наказания; 6) выраженная склонность обвинять окружающих или предлагать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом и 7) постоянная раздражительность.

Психодинамика: импульсивность поведения обусловлена снижением способности личности к планированию и суждениям; имеются нарушения или пробелы в структуре личности; примитивное или недостаточно зрелое сознание; дефицит в общении с окружающими (отсутствие эмпатии, любви и доверия); признаки садомазохизма, нарциссизма, депрессии. Когнитивные мишени: 1) я одиночка, независимый, сильный; 2) они уязвимые, подчиненные, но эксплуатирующие; 3) другие – это лохи и слизняки, они занимаются эксплуатацией; так как я особенный, я заслуживаю особых правил, я стою над правилами; 4) надо нападать, грабить, обманывать и манипулировать, использовать других, нарушать правила.

Психотерапия включает длительное, повторное установление допустимых границ. Важны четкие рамки, затрудняющие манипулирование со стороны больного, в особенности суицидный шантаж. Необходимо помочь больному отличать тестирование реальности от запугивания, согласованный с ним контроль от нарушения его прав; его надо стимулировать к нахождению альтернативных решений. Полезно участие в группе взаимопомощи, супружеская и семейная терапия.

Садистическое расстройство личности начинается в ранней молодости и проявляется в следующем. Больной проявляет физическую жестокость и применяет силу с целью установления доминирования в отношениях. Издевается или унижает других в присутствии окружающих. Жестоко обращается с кем-то, кто находится в его власти: с ребенком, учащимся, больным, подчиненным по службе. Развлекается или получает удовольствие,

если другие испытывают психологические или физические страдания. Он в восторге от сцен жестокости, ранений или пыток, обожает оружие. Лжет, чтобы оскорбить другого или вызвать у него боль. Заставляет других делать то, что он хочет, запугивая и терроризируя их. Ограничивает независимость близких людей: не позволяет супруге уходить из дома или дочери-подростку – ходить на вечеринки. Садизм, как правило, сочетается с мазохистскими чертами, особенно у женщин.

Фрейд считал, что садизм является обращением инстинкта саморазрушения на другого человека, активной формой этого инстинкта. Садист получает удовлетворение не только от причинения боли своей жертве, но и от мазохистской идентификации с ней. Большое значение имеет чувство безнаказанности за нарушение культурного запрета на причинение боли и ощущение безграничной власти над объектом, что может вызывать сексуальное возбуждение. Садистические личности могут направляться на принудительное лечение; используются, в частности, авersive методы терапии, которые имеют кратковременный эффект.

☺ Человек, научившийся быть равнодушным к чужим страданиям, становится нечувствительным к своему собственному.

Маркиз де Сад

Пассивно-агрессивное расстройство личности отличается постоянной установкой к скрытому саботажу, пассивному сопротивлению руководству, при этом открытое проявление агрессии не допускается. Больные постоянно всем недовольны, все критикуют, находят особое удовольствие в том, что обескураживают других и портят им удовольствие. Негативные реакции окружающих на их поведение замыкают порочный круг. Расстройство нередко сочетается с алкоголизмом и демонстративно-шантажным суицидным поведением. Пассивно-агрессивное поведение народа исподтишка подточило экономические и политические основы СССР. Теперь оно же тормозит возврат к рыночной экономике и строительство демократического общества.

Диагностические критерии: 1) невыполнение сроков, оттягивание и откладывание завершения выполняемых повседневных заданий, в особенности когда завершение стимулируется окружающими; 2) необоснованный протест против справедливых требований и замечаний окружающих, заявления о неправомерности этих требований; 3) упрямство, раздражительность или конфликтность при вынужденной необходимости выполнять нежелательные для больного задания; 4) необоснованная критика в адрес начальства и ответственных лиц; 5) намеренно медленная или плохая работа при выполнении нежелательных заданий; 6) препятствование усилиям других за счет невыполнения своей части работы и 7) избегание выполнения обязательств со ссылкой на забывчивость.

Когнитивные мишени: 1) я некомпетентный, самодостаточный, уязвим к контролю и вмешательству; 2) они назойливые, требующие, вмешивающиеся, контролирующие, доминирующие; 3) другие ограничивают мою свободу действий; контроль со стороны других недопустим; я должен делать все по-своему; 4) надо использовать пассивное сопротивление и поверхностное подчинение, избегать правил и уклоняться от следования им.

Применяется ассертивный и социально-психологический тренинг. Выраженное сопротивление терапии преодолевается с помощью парадоксальных предписаний, когда пациенту предлагают делать противоположное тому, чего от него добиваются. На суицидные угрозы следует реагировать не как на депрессивную реакцию по поводу утраты любви, а как на скрытую агрессию.

☺ Энергия осла проявляется в полной мере только тогда, когда он не двинется с места.

Николае Йорга

Импульсивное расстройство личности проявляется в эпизодах потери контроля над агрессивными побуждениями сопровождающихся нападением на окружающих и повреждением имущества (кластомания, от греч. *klastos* – ломать, *mania* – страсть). Уровень агрессии в это время намного превышает обычную реакцию больного на проблемные ситуации. Перед эпизодом возбуждения наблюдаются признаки нарастающего дисфорического напряжения с ощущением своего бессилия, невозможности изменить окружающее. Данное расстройство наблюдается преимущественно у мужчин, многие из них пребывают в исправительных заведениях, тогда как страдающих этим расстройством женщин чаще можно встретить в психиатрических учреждениях. В отличие от страдающих антисоциальным расстройством личности эти больные искренне раскаиваются в своем поступке, обвиняют себя. Провоцирующими ситуациями для вспышки агрессии обычно служат обстоятельства или поведение партнеров, ассоциирующиеся с травмирующими ситуациями детства. Родители больных склонны к алкоголизму, промискуитету и насилию; среди прямых родственников часты случаи импульсивного расстройства личности.

Диагностические критерии: 1) отчетливая тенденция к ссорам и конфликтам с другими, в особенности при воспрепятствовании импульсивным действиям или их порицании; 2) отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий; 3) склонность к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать эксплозивное поведение; 4) трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением и 5) лабильное и непредсказуемое настроение.

Выделяют тип *чрезмерно контролирующих себя агрессоров*, очень сдержанных, внешне покорных и пассивных. Однако когда их терпение лопается, они проявляют неожиданную крайнюю жестокость. Такое поведение в массовом масштабе Пушкин описал двумя фразами: «Народ безмолвствует» и «Русский бунт, бессмысленный и беспощадный».

В психодинамике ведущую роль играет перенос, когда угрожающая фигура ассоциируется с агрессивным родителем, а также идентификация с агрессором во время приступа ярости. Пациент выводит свою агрессию вовне и таким образом защищает себя двумя способами: во-первых, удалением разрушительной энергии изнутри и, во-вторых, уничтожением чужой агрессивности, которая может уничтожить его извне.

Психотерапия направлена на то, чтобы помочь больному противостоять фрустрации и поверить в собственные силы, а также на то, чтобы научить его распознавать первые признаки появляющегося раздражения и выражать его в приемлемых формах. В терапевтической группе следует быть готовым к нападению пациента на других ее участников. Необходимо создать жесткие ограничительные условия, назначить литий и финлепсин. Для детей и подростков полезна семейная терапия, направленная, прежде всего, на сглаживание социальных последствий агрессивного поведения.

☺ Бойся гнева терпеливого человека.

Джон Драйден

Пограничное расстройство личности характеризуется крайней нестабильностью аффекта, отношений и самооценки. Больные употребляют наркотики, переедают, транжирят деньги, их сексуальное поведение беспорядочно, сексуальная ориентация неопределенна. Характерны отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества, неустойчивые и бурные межличностные отношения с поочередными колебаниями между крайней идеализацией и крайне негативной оценкой объекта фиксации. На фоне хронической скуки и чувства опустошенности возникают эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или тревоги, которые могут длиться от нескольких часов до нескольких дней и сопровождаются суицидальным поведением. У больных берет верх то жажда власти, то влечение к смерти, и нередко они рискуют жизнью, пытаясь с помощью суицидального

шантажа предотвратить уход любимого. Больные совершают правонарушения, занимаются рискованным сексом, лихой ездой на автомобиле, периодически наносят себе раны, ожоги и другие повреждения, чтобы избавиться от непрерывной опустошенности, скуки и невозможности ощутить себя. Сами больные объясняют свои саморазрушительные действия следующими потребностями: убедиться, что они еще живы или реально существуют; уменьшить негативные чувства, такие, как гнев, страх или чувство вины; подавить мучительные воспоминания; получить повод позвать окружающих на помощь.

Диагностические критерии, кроме сформулированных для импульсивного типа, включают следующие: 1) нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные);

2) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде эмоциональных кризисов;

3) преувеличенные усилия, направленные на избегание состояния покинутости и одиночества; 4) повторяющиеся элементы саморазрушительного поведения или угрозы его и 5) стойкое чувство внутренней пустоты.

Психодинамика определяется конфликтом между избыточной агрессивностью и невыносимостью к тревоге сепарации. В качестве защиты используется расщепление (сплиттинг), следствием которого является слабость Я и низкий импульсивный контроль. Непредсказуемость вспышек гнева связана с чрезвычайно быстрым переходом от примитивной идеализации к девальвации («от любви до ненависти – один шаг»). Примитивная идеализация позволяет не опасаться разрушить внешний объект. Объекты, воспринимаемые как идеально хорошие, также используются пациентом для подкрепления ощущения собственной грандиозности, он пытается манипулировать ими для достижения чувства удовлетворения и защищенности, а когда разочаровывается в объекте, обесценивает и отвергает его прежде, чем последний превратится в опасного преследователя. Разочарование в партнере можно объяснить через механизм проективной идентификации: бессознательным желанием вызвать у партнера те же чувства, которые пациент испытывает сам. Если в ответ на ожидание больного, что партнер будет любить его как себя самого, тот не отвечает взаимностью, он – предатель, враг. Благодаря проективной идеализации пациент проецирует свою агрессию на значимый объект и идентифицируется с ним, обретая всемогущество, при этом он опасается его нападения и нападает первым. Потребность реализовать агрессивные импульсы и жажда общения часто сменяют друг друга, в результате тенденция к постоянству выражена слабо. Эти дихотомические образования могут функционировать благодаря отрицанию эмоций, противоположных испытываемым в данный момент.

Когнитивные мишени: 1) я не в состоянии дисциплинировать себя; я плохой человек и заслуживаю наказания; 2) если они узнают меня, то никогда не полюбят; они готовы использовать и обижать меня; 3) я должен контролировать свои эмоции, чтобы не случилось катастрофы; мне нужен надежный друг, иначе я не справлюсь; я всегда буду одиноким, никому не нужным и 4) надо подчинять свои желания желаниям других, иначе они отвергнут меня или нападут; я должен в одиночку защищаться от окружающих.

В психотерапии используется сочетание поддерживающей и разъясняющей терапии. Психотерапевт выступает в роли вспомогательного Я. Поведенческая терапия применяется с целью контроля за импульсивностью и вспышками гнева, понижения чувствительности к критике и мнениям окружающих, обучения социальным навыкам. Декомпенсация расстройства может потребовать непродолжительной госпитализации. При назначении фармакотерапии возможно развитие лекарственной зависимости.

☺ Граница между светом и тенью – ты.

Станислав Ежи Лец

Истерическое расстройство личности часто проявляется в форме любовной и алкогольной зависимости, стремления к лидерству, в виде демонстративных агрессивных эпизодов («истерик») и демонстративно-шантажного суицидного поведения. Диагностические критерии: 1) показной характер, театральность поведения или преувеличенное выражение чувств; 2) внушаемость, легкое подпадание под влияние ситуативных воздействий или окружающих; 3) поверхностный, лабильный аффект; 4) постоянный поиск возбуждающих переживаний и взаимодействий, в которых субъект находится в центре внимания; 5) неадекватное подчеркивание своей сексуальности во внешности и поведении и 6) чрезмерная озабоченность своей внешней привлекательностью.

Психодинамика: фантазии, эмоциональность и театральный стиль поведения, импрессионистское и обобщенное мышление. Подавление, отрицание, идентификация, отыгрывание действием, психогенные нарушения чувств и движений, психосоматические расстройства, диссоциация и приписывание своих внутренних конфликтов внешним факторам. Ложная идентификация и амбивалентные отношения с родителем противоположного пола. Патологическая фиксация на раннем генитальном уровне развития обуславливает страх перед сексуальностью, несмотря на склонность к обольщению.

Когнитивные мишени: 1) я обаятельный, впечатляющий; 2) они чувствительные, восхищающиеся; 3) я могу руководствоваться своими чувствами; 4) надо использовать обаяние, истерики, вспышки раздражения, плача, суицидные попытки. Эффективна индивидуальная и групповая психодинамическая психотерапия, направленная на осознание и проработку вытесненного травмирующего опыта.

☺ Не искушай меня без нужды.

Александр Пушкин

Для **нарциссического расстройства личности** характерно преувеличение собственной значимости и повышенная озабоченность вопросами самоуважения, завышенные притязания, жажда славы и богатства, зависимость от ПАВ. Диагностические критерии: 1) переоценка собственной значимости, достижений и талантов, ожидание признания своего превосходства в отсутствии оправдывающих это притязание достижений; 2) фиксация на фантазиях о безграничном успехе, власти, уме, красоте или идеальной любви; 3) убежденность в своей особенности, уникальности, возможности быть понятыми и принятыми лишь особыми или влиятельными людьми (или общественными учреждениями); 4) потребность в чрезмерном преклонении перед собой; 5) необоснованное представление о своем праве на привилегированное, льготное положение; 6) импульсивное удовлетворение желаний; 7) склонность эксплуатировать, использовать других для достижения собственных целей; 8) недостаток эмпатии, нежелание признавать чувства и нужды окружающих и считаться с ними; частая зависть к окружающим или убеждение в завистливом отношении к себе и 9) заносчивое, высокомерное поведение и соответствующие установки.

В психодинамике основное значение имеет дихотомия: чувство собственной значительности – ранимости. Всемогущество защищает от страха, примитивной агрессии и переживания зависти. Убежденность в своей избранности и масштабности (хотя бы в постановке грандиозных целей или безмерного хвастовства) компенсирует скрытое чувство собственной неполноценности и трудности в формировании значимых привязанностей. Высокомерное, напыщенное и доминирующее поведение защищает от паранойяльных черт, образующихся в результате проекции орального гнева. Объектные отношения отсутствуют из-за неспособности зависеть от интроецированных хороших объектов, что объясняется наличием примитивных и вызывающих страх интроектов.

Кохут (2003) описал два типа нарциссических переносов: зеркально отражающий, с возрождением инфантильной потребности получать ответную реакцию и быть ценным,

и идеализирующий, с воссозданием потребности в идеальном объекте для поддержания ощущения целостности Я. Первый тип связан с грандиозно-эксгибиционистской потребностью младенца демонстрировать себя матери в ожидании невербальных проявлений восхищения с ее стороны. Фрустрация этой потребности оставляет незаживающую нарциссическую рану. Потребность в зеркализации остается примитивной и проявляется у взрослого в виде нереалистической самоуверенности и хвастовства; повторная фрустрация вызывает у больного нарциссическую ярость с захлестывающим аффектом обиды и ненависти. Идеализирующий перенос связан с потребностью в идеальном родительском образе, фрустрация этой потребности приводит к дефекту самости, который лишает взрослого чувства юмора, вдохновения, жизнерадостности.

Когнитивные мишени: 1) я особенный, уникальный, заслуживаю особых правил; 2) они восхищаются, соблазняются мною; 3) я лучше других; люди должны служить мне или восхищаться мною; они не имеют права отрицать мои достоинства; 4) надо использовать манипуляции. Лечение включает индивидуальную психотерапию, поддерживающую или ориентированную на формирование адекватной самооценки; полезны ролевые игры, направленные на тренинг обратной связи и эмпатии; в тяжелых случаях необходима терапия средой. Важно сохранять самоуважение пациента, которое может пострадать от вмешательства терапевта, подчеркивать его права, избегать соперничества, обнадеживать.

☺ Самые самолюбивые люди – это люди, не любящие себя.

Николай Бердяев

Компульсивное расстройство личности проявляется, в частности, в трудоголизме. Диагностические критерии расстройства: 1) постоянные сомнения и чрезмерная предосторожность; 2) постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или планами; 3) перфекционизм, стремление к совершенствованию и связанные с этим многочисленные перепроверки, что нередко препятствует завершению выполняемых задач; 4) чрезмерная добросовестность и скрупулезность; 5) неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб получению удовольствия и межличностным отношениям вплоть до отказа от них; 6) чрезмерная педантичность и следование социальным условностям; 7) ригидность и упрямство; 8) необоснованное требование, чтобы другие подчинялись его привычкам или столь же необоснованное нежелание позволить им что-либо делать самим.

Психодинамика: изоляция эмоций, реактивное образование, отмена, интеллектуализация, рационализация. Эмоциональная недоверчивость, проблемы подчинения и неповиновения, фиксация на анальной стадии развития. Гиперконтроль, регламентация всей жизни является защитой от опасных побуждений. Жесткость суждений помогает избегать осознания и вербализации подавленного содержания. Этой же цели служат постоянные сомнения, откладывание решений и дел на потом.

Когнитивные мишени: 1) я дисциплинированный, ответственный, разборчивый, компетентный; 2) они безответственные, легкомысленные, некомпетентные, потакающие своим желаниям; 3) я знаю, как лучше; детали имеют решающее значение; люди должны работать лучше и больше стараться; 4) надо стремиться к совершенству, применять правила и оценки, контроль и наказания, использовать слово «должен».

Коррекция компульсивных проявлений включает разъясняющую или ориентированную на формирование адекватной самооценки индивидуальную и групповую терапию. Лечение должно проводиться с учетом проблем, связанных с контролем, подчинением, интеллектуализацией. Следует показать пациенту то положительное, что содержится в его мучительной самокритике (высокая требовательность к себе), постоянно напоминать о необходимости как можно интенсивнее взаимодействовать с окружающей реальностью; необходимо поощрять живое фантазирование, развивать образное, эмоциональное начало с помо-

щью арттерапии. Приходится считаться со склонностью пациентов навязывать собственный план обследования и лечения. Поскольку больные ценят точность, вникают в детали, не следует жалеть времени на систематизированные рациональные объяснения. Нужно терпеливо выслушивать пациента, уважать его стремление к самостоятельности, занимать неконфликтную, гибкую, доброжелательную позицию, заменять моральную модель психологической.

☺ Мы не так домогались бы всеобщего уважения, когда бы твердо знали, что достойны его.

Люк де Вовенарг

Уклоняющееся (избегающее) расстройство личности в быту называют комплексом неполноценности. У пациентов с этим расстройством нередко развивается аддикция избегания. Диагностические критерии расстройства: 1) стойкое, глобальное чувство напряженности и озабоченности; 2) убежденность в своей социальной неловкости, непривлекательности или малоценности в сравнении с другими; 3) повышенная озабоченность критикой или неприятием в социальных ситуациях; 4) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться, хотя желание завязать близкие отношения с другими людьми имеется; 5) ограниченность стиля жизни из-за потребности в физической безопасности и 6) уклонение от профессиональной или социальной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, из страха критики, неодобрения или отвержения.

Психодинамика: уклонение от активной деятельности и подавление своих чувств является защитной реакцией на глубоко укоренившийся страх неодобрения. Присутствует фоновая агрессия, появившаяся до или после возникновения эдипова комплекса. Отмечается интроверсия – обращение либидо внутрь вследствие чувства неполноценности.

Когнитивные мишени: 1) я уязвим к недооценке, отвержению; 2) они критически настроенные, унижающие, стоящие выше, идеализированные; 3) ужасно быть отвергнутым, униженным; если бы люди знали меня настоящего, они бы меня отвергли; не могу терпеть неприятных чувств; 4) надо избегать ситуаций оценки, неприятных чувств или мыслей. Психодинамическая терапия направлена на исследование истории формирования заниженной самооценки, отреагирование аффектов, связанных с негативным опытом. Используется ассертивный тренинг с акцентом на закреплении самоутверждающего стиля поведения в обыденных ситуациях общения.

☺ В самом ли деле я робок? Мне не хватает смелости ответить на этот вопрос.

Бенни Хилл

У зависимых личностей обычно развивается созависимость, склонность «цепляться» за значимых других, в тени которых они живут – обычно это тоже аддикт (нередко муж-алкоголик). В случае утраты (или угрозы утраты) близких отношений они чувствуют опустошенность и подавленность, никчемность и ненужность. В одиночестве пациенты переживают чувства дискомфорта и беспомощности из-за преувеличенного страха, что они не способны сами позаботиться о себе.

Диагностические критерии: 1) неспособность принимать решения без советов других людей; 2) готовность позволять другим принимать важные для пациента решения; 3) готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы; 4) затруднения в том, чтобы начать какое-то дело самостоятельно; 5) готовность добровольно идти на выполнение унижительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих; 6) плохая переносимость одиночества – готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать;

7) чувство опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь; 8) охваченность страхом быть отвергнутым и 9) легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны.

Когнитивные мишени: 1) я социально ущербный, нуждающийся, некомпетентный, слабый, беспомощный; 2) они заботящиеся, поддерживающие, компетентные; 3) чтобы выжить и быть счастливым, мне нужны люди; я нуждаюсь в постоянной поддержке и поощрении и 4) надо устанавливать зависимые отношения. Психотерапия аналогична лечению избегающей личности и должна включать ассертивный тренинг. Групповая терапия женщин особенно эффективна в однородных по полу группах. При индивидуальной терапии имеется риск формирования зависимости пациента от терапевта. Следует быть готовым к появлению негативных контртрансферных чувств в связи с чрезмерными ожиданиями пациента, что терапевт будет опекать его и принимать за него решения.

Конформист безгранично разделяет авторитетную точку зрения. Попад под влияние группы, такой человек легко спивается, втягивается в групповые правонарушения или становится адептом культа. Последователей кумиров-харизматиков называют *эконоиками* (греч. ек – из; поос, пус – ум, разум). Конформист лишен каких-либо индивидуальных черт характера, он «плывет по течению», слепо подчиняясь своей среде, и постоянно готов следовать мнению большинства. Он некритически воспринимает мнение авторитета или группы, даже если оно явно не соответствует действительности. Совершенствование ограничивается у конформистов подражанием. Они неинициативны, им свойственна шаблонность, банальность, склонность к морализации, консерватизм. Их речь изобилует трафаретными фразами, бюрократическими штампами (вспомните героев Зощенко). Они одеваются по форме, ведут себя «как положено». Конформисты настороженно относятся к незнакомцам, часто проявляют ксенофобию и враждебность к инакомыслию.

М.И. Еникеев приводит перечень наиболее характерных черт тотализированного типа личности. Конвенционализм – некритическое принятие догматических норм и правил, тревожная озабоченность за их повсеместное исполнение. Верноподданность, авторитарная зависимость – преклонение перед официальной властью, некритическая идеализация политических лидеров, вера в их незаменимость. Авторитарная агрессивность – ненависть ко всем инакомыслящим. Этноцентризм – крайняя переоценка роли своей нации во всемирно-историческом процессе, наделение других народов отрицательными качествами. Ригидность, косность мышления, безапелляционность суждений, оценок, неспособность к диалогу, пониманию оппонентов. Уверенность в «моральной чистоте» представителей только своей группы, стремление к самоутверждению через принадлежность к корпоративным, кастовым объединениям; высокомерие и враждебное отношение к людям, не входящим в корпорацию. Депрофессионализация – утрата компетентности, профессиональных знаний, социальной ответственности (по: Антонян, 2003).

Первичная выгода конформизма заключается в бегстве от личной ответственности, вторичная – в ожидании награды за свое верноподданничество. При этом конформист жертвует своими правами человека и самоуважением в обмен на групповую идентификацию и возможность занятия безопасной социальной высоты. После развала СССР огромное число конформистов оказалось не готово к переменам и превратилось в фанатиков коммунистической идеи и прошлого образа жизни; этим в определенной степени можно объяснить замедленный выход страны из кризиса.

© Объединяйтесь, люди! Смотрите: ноль – это ничто, но два ноля уже кое-что значат.

Станислав Ежи Лец

Депрессивное расстройство личности. Диагностические критерии: 1) преобладает унылое, мрачно-подавленное настроение; 2) отношение к себе основано на убеждении в своей неполноценности, никчемности, низкой самооценке; 3) выражена тенденция к самокритике, самообвинению и преуменьшению своих заслуг; 4) типичен пессимизм, склонность переживать чувство вины или сожаления; 5) имеется склонность к печальным размышлениям и поиску поводов для беспокойства и 6) отмечается негативное, критическое или осуждающее отношение к окружающим. При этом больные доброжелательны, застенчивы, готовы прийти на помощь, склонны брать на себя основную работу. Велик риск суицида.

Психодинамические факторы: отсутствие самоуважения, самонаказание, неотреагированная ранняя утрата объекта любви с возложением ответственности за это на «плохого» себя. Идентификация с другими путем приписывания им своей идентичности, интроекции или симбиоза. В результате человек избегает реальных отношений с партнером. Используются также перенос, реактивное образование (чрезмерная забота вместо вытесненной обиды и т. п.), обращение агрессии на себя (аутоагрессия).

Когнитивные мишени: 1) я не могу жить без него или нее; если я сделаю ошибку, это будет означать, что я бестолковый; 2) они лучше меня; их хорошее отношение надо заслуживать; 3) если человек спорит со мной, значит, я ему не нравлюсь; мое человеческое достоинство зависит от того, что думают обо мне другие; 4) чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все меня любили за безотказность или уважали за успехи.

Динамическая терапия депрессивной личности направлена в первую очередь на поощрение вскрытия и отреагирования враждебных чувств, которые позволены с терапевтом в отличие от того, как это было с родителями. Необходимо поддерживать у пациента проявления эгоизма, соперничества, а иногда и оппозиции, интерпретируя их как победу над страхом и угодничеством. Важно признавать свои терапевтические ошибки и соглашаться с критикой пациента в свой адрес, чтобы помочь ему перейти из позиции «снизу» в положение «на равных». Готовность пациентов к самокритике следует использовать для атаки их сурового Суперэго. Прохождение завершающей фазы терапии требует бережной работы со страхом разлуки, который связан у этих больных с детским переживанием необратимой сепарации или утраты. Применяется также групповая и межличностная (например, супружеская) терапия.

☺ Если вы начинаете с самопожертвования ради тех, кого любите, то закончите ненавистью к тем, кому принесли себя в жертву.

Бернард Шоу

Пораженческое (мазохистское) расстройство личности характеризуется саморазрушительным стилем жизни. Обычно им страдает женщина, для которой характерны следующие черты. Она выбирает людей или ситуации, которые приводят к разочарованию, неудаче или плохому обращению, хотя лучшие варианты явно были доступны. Отвергает или делает неэффективными попытки других помочь ей. Собственные успехи и другие положительные события в жизни вызывают у нее подавленность и чувство вины, она реагирует на них неосознанным стремлением причинить себе боль (например, с ней происходит несчастный случай). Провоцирует злобу или отвержение со стороны других, а затем чувствует себя оскорбленной, побежденной или униженной (например, публично высмеивает мужа, а когда он выходит из себя, чувствует себя обиженной). Она отвергает собственное удовольствие, игнорируя возможности его получения или не желая признать, что получила удовольствие, хотя имеет возможность наслаждаться жизнью. Не может выполнять трудные задания ради себя, хотя делает что-то не менее трудное ради других. Не интересуется теми, кто хорошо обращается с ней, оставляет их без внимания и отвергает. Постоянно стремится принести себя в

жертву, несмотря на противодействие и неодобрение партнеров. Вступает в связи, где заведомо будет только страдать.

Мазохисты склонны к *виктимности* (англ. victim – жертва), под которой понимают предрасположенность человека становиться жертвой правонарушений, несчастных случаев и т. п. Обнаружено, что каждая четвертая жертва убийства ускоряет нападение своего агрессора. Мазохисты сходны с параноидными личностями: и те, и другие постоянно ожидают угрозы. Однако параноидные личности нападают на предполагаемого агрессора, а мазохисты – на себя. Параноидные люди приносят в жертву любовь ради ощущения власти, а мазохисты наоборот.

Мазохистские черты в ответ на жестокое обращение в детстве чаще развиваются у девочек, поскольку мальчики в этом случае идентифицируются с агрессором и впоследствии развиваются в садистическом направлении. В отличие от депрессивных личностей, мазохистские не примиряются со своей судьбой, а используют саморазрушительное поведение для получения ощущения морального превосходства. Как и депрессивные личности, мазохисты используют такие психологические защиты, как интроекцию, обращение против себя и идеализацию. Кроме того, они часто применяют морализацию и отреагирование вовне саморазрушительными действиями. Их поведение укладывается в следующую схему: 1) провокация; 2) умиротворение («Я уже страдаю, поэтому не надо меня наказывать»); 3) эксгибиционизм («Обрати внимание на мое страдание»); 4) избегание чувства вины («Видишь, что ты заставил меня сделать!»). Мазохисты нередко отрицают страдания, чтобы продемонстрировать свою выносливость к боли, всепрощение и неспособность заподозрить обидчика в плохих намерениях.

К мазохизму приводит сексуализация ситуаций, связанных с объективной опасностью. Агрессивная энергия, которая не получила разрядки в борьбе, может быть захвачена Супер-эго и служить источником чувства вины (Гартман и др., 2000). Влечение мазохиста к страданию связано со стремлением повторить ранний болезненный опыт общения с матерью. Мазохист стремится к боли из-за того, что она ассоциируется с объектом любви, который раньше причинял боль.

При проведении динамической терапии укладывание пациента на кушетку подчеркивает доминирование терапевта; предпочтительнее положение лицом к лицу, избегание проявлений как всемогущества и превосходства, так и готовности к самопожертвованию, акцент на реальных отношениях и способности пациента улучшить свое положение. Если терапевт принимает на себя ответственность за несчастье такого пациента и пытается найти решение его проблем, он угрожает лишить пациента выгод от его обычной стратегии. В этом случае у «отвергающего помощь жалобщика» развивается негативная терапевтическая реакция: «Только попробуй помочь мне – станет хуже и мне, и тебе». Следует игнорировать попытки пациента привлечь к себе внимание своими страданиями и поддерживать его, когда он открыто отстаивает свои права.

В анализе невроза переноса акцент делается на осознании склонности пациента к подчинению и провоцированию партнера, пассивному сопротивлению контролю, использованию партнера с целью поддержания собственного депрессивного состояния, скрытому бунту, агрессии и упадку духа, маневрам, позволяющим избежать личной ответственности.

В работе с чувствами основное внимание уделяется таким запретным для пациента эмоциям, как чувства гнева и удовольствия. Они обычно прячутся за маской апатии или саботажа терапии. Переживания гнева и удовольствия блокируются страхом наказания и чувством вины. Терапевт должен вначале вскрыть и разрешить пациенту испытывать и выражать открыто чувства страха и вины, а затем гнева и удовольствия. На заключительном этапе терапии акцент перемещается на работу с чувством печали по поводу первоначальной траге-

дии и упущенных вследствие мазохистского стиля жизни возможностей. В это время необходимо поощрять отказ пациента от желания отомстить за перенесенные в прошлом потери.

☺ Встречаются садист и мазохист. Мазохист: «Мучай же меня, мучай!» Садист: «А вот и не буду, не буду!»

Клинические аспекты наркологии

Призвание врача – обеспечить здоровье людей, ведущих нездоровый образ жизни.

Наркологические симптомы включают формы потребления ПАВ, толерантность, защитные реакции, формы опьянения, патологию влечений, способность достижения физического или психологического комфорта в состоянии опьянения.

Формы потребления ПАВ: эпизодическая (ситуационная, ритуальная) и измененная (с патологическим влечением, одиночным потреблением). При измененной форме потребления различают систематическое и периодическое потребление. К периодической форме потребления относят ложные запои, которые начинаются и прерываются под влиянием ситуации, и истинные запои, возникающие под влиянием актуализирующегося влечения и прекращающиеся спонтанно вследствие нарастающей непереносимости ПАВ.

Толерантность – максимально переносимая доза ПАВ при сохранении функционирования. Поведенческая толерантность проявляется в способности контролировать внешние признаки опьянения. Функциональная толерантность отражает биохимические нарушения и заключается в необходимости со временем повышать дозу ПАВ для достижения такой же степени опьянения.

Защитные реакции свидетельствуют о том, что доза ПАВ превышает физиологическую толерантность. Специфическими защитными реакциями являются: на алкоголь – рвота; на опий – зуд кожи лица, заушной области, шеи и верхней трети груди; на барбитураты – икота, обильное потоотделение, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение. Неспецифические защитные реакции встречаются при интоксикации разными ПАВ и проявляются в виде тошноты, рвоты, вегетососудистых расстройств (боли в сердце, озноб, болезненно обостренная кожно-мышечная чувствительность). С переходом к регулярной интоксикации неспецифические реакции исчезают, что является признаком второй стадии заболевания.

Формы опьянения – комплекс психических, поведенческих и соматоневрологических проявлений, развивающихся вследствие приема ПАВ. Измененная форма опьянения – нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического варианта опьянения соответствующим веществом, появление несвойственных ему проявлений или изменение его динамики. Так, на первом этапе болезни ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации, на втором – уменьшается интенсивность эйфории с необходимостью увеличить дозу для достижения прежнего эффекта, на третьем эйфория не вызывается даже максимальной дозой наркотика, он способен лишь нормализовать состояние.

Патология влечения встречается в двух формах: 1) психическая – с навязчивыми мыслями об объекте влечения, борьбой мотивов и неспецифичностью влечения и 2) физическая – с влечением, доминирующим даже над витальными потребностями, полностью определяющим поведение, почти без борьбы мотивов, с выраженной вегетативной симптоматикой: расширением зрачков, потливостью, тремором, повышением сухожильных рефлексов.

Способность достижения психического и/или физического комфорта (не эйфории!) в состоянии опьянения. Только прием ПАВ купирует психические нарушения (эмоциональное напряжение, раздражительность, депрессивные реакции с идеями самообвинения, дисфорические состояния, несобранность, повышенную отвлекаемость, снижение работоспособности) и ощущение соматического неблагополучия.

Наркологические синдромы включают опьянение, большой наркоманический синдром и последствия хронической интоксикации ПАВ. *Опьянение* включает психические и соматоневрологические компоненты. Психический компонент состоит из аффективных расстройств, расстройств восприятия, мышления и сознания. Соматоневрологический компонент во многом зависит от вида и дозы ПАВ; общим для большинства ПАВ является повышенная сексуальная возбудимость, снижение аппетита, мышечного тонуса, скорости и координации движений. Исключение составляют стимуляторы, кодеин и галлюциногены. Аффективные расстройства выражаются в первую очередь в эйфории, которая при употреблении различных ПАВ имеет свои особенности. Так, опиум дает ощущение соматического наслаждения и чувства покоя, блаженства. Стимуляторы вызывают энергетический и эмоциональный подъем и переживание интеллектуального просветления. Гашиш и ЛСД нарушают восприятие и сознание с появлением мистических, фантастических переживаний. Ингалянты делают восприятие действительности более красочным. Быстрая смена психо-сенсорных впечатлений контрастирует с замедленностью мышления, что дает ощущение «наплыва», задержки, навязчивости мыслей. Возможна диссоциация мышления, отстраненное наблюдение за своими переживаниями. «Все становится ясным», «другой смысл всего» с невозможностью для опьяневшего сказать, что «все» и какой «другой».

Большой наркоманический синдром объединяет три клинических синдрома: 1) синдром измененной реактивности – утрата защитных токсических реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения; 2) синдром психической зависимости – обсессивное (навязчивое) влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в состоянии интоксикации и 3) синдром физической зависимости – компульсивное влечение к опьянению, маскирующее психическое влечение; способность к физическому комфорту в опьянении с формированием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта при интоксикации (другие названия – синдром отмены, или абстинентный синдром от лат. *abstinentia* – воздержание).

В отличие от обсессивного, компульсивное влечение полностью овладевает сознанием, вытесняя все конкурирующие представления и соображения. Оно определяет фиксацию внимания и аффективный фон, диктует поведение, устраняет противоречащие мотивы и контроль – все усилия направляются на поиск наркотика и преодоление препятствий к этому. Ряд характеристик абстинентного синдрома зависит от вида ПАВ. Так, признаки абстиненции появляются уже через несколько часов после алкоголизации и лишь через сутки после приема опиатов и гашиша. При алкоголизме абстинентный синдром формируется медленно, быстрее – при гашишизме, еще быстрее – при злоупотреблении снотворными препаратами и стимуляторами, и в самый короткий срок – при опиомании. При отмене снотворного больше выражены психопатологические симптомы, при лишении гашиша и опиатов – вегетативные.

И.Н. Пятницкая (1988) описывает патогенез абстинентного синдрома следующим образом. При отсутствии поступления ПАВ в организм он пытается собственными ресурсами воспроизвести состояние опьянения. Структуры и функции, на которые воздействует ПАВ, приводятся в состояние, близкое к состоянию интоксикации. Однако отсутствие наркотика ведет к гиперкомпенсации: вместо умеренной тонизации сосудистой системы – гипертония, вместо достаточной активации психики – тревога, депрессия.

Диагноз наркомании в отечественной наркологии ставится при наличии хотя бы одного из трех синдромов, входящих в большой наркоманический синдром.

Диагностические критерии синдрома зависимости от ПАВ по МКБ-10 (Международная классификация болезней, 10-й пересмотр): в течение по меньшей мере одного месяца (или если меньше месяца, то повторно в течение последнего года) в клинической картине должны быть совместно представлены три или более из шести приведенных ниже крите-

риев. 1. Компульсивная потребность приема вещества. 2. Снижение контроля за приемом вещества (начала, окончания, дозы), характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием снизить потребление; 3. Абстинентный синдром. 4. Повышение толерантности. 5. Увеличение времени, затрачиваемого на добывание ПАВ, прием и перенесение последствий, сопровождаемое изменением здоровой социальной активности и интересов личности. 6. Продолжение приема, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

Критерии злоупотребления ПАВ как ранней формы зависимости по американской классификации ДСМ-IV (Диагностический и статистический справочник, IV пересмотр).

1. Повторный прием вещества вызывает очевидное снижение адаптации в важных сферах социальной активности (прогулы и снижение производительности труда; успеваемости в учебе, пренебрежение воспитанием детей и домашним хозяйством). 2. Повторный прием в ситуациях физической опасности для жизни (управление транспортом, станком в состоянии интоксикации). 3. Повторные конфликты с законом в связи с обусловленными приемом вещества отклонениями поведения и противоправными действиями. 4. Продолжающийся прием ПАВ, несмотря на вызываемые или усиливаемые им постоянные межличностные проблемы (конфликты с супругом относительно последней интоксикации и т. д.).

Течение зависимостей чаще хроническое, прогрессивное, рецидивирующее. Объект аддикции обычно избирается не сразу. Постепенно круг интересов сужается на доминирующей аддиктивной потребности, заостряются преморбидные личностные расстройства, обедняются межличностные отношения, возникают семейные и профессиональные конфликты, совершаются аморальные и асоциальные поступки. Физическая зависимость, как правило, имеет последствия в виде соматоневрологических и психических расстройств, вплоть до выраженного психоорганического синдрома и деградации личности.

Выделяют три стадии развития наркоманий. На 1-й стадии быстро формируется психическая зависимость от наркотика: без него нет душевного комфорта, трудно сосредоточиться, страдают память и мышление. Абстиненция (воздержание) вызывает дисфорию и усиление влечения, растет толерантность. 2-я стадия развивается через несколько недель. Формируется физическая зависимость, резко возрастает толерантность, приходится резко повышать дозы. Наркотик нужен как допинг, выражены соматовегетативные нарушения, утрачиваются аппетит и половое влечение. Деньги на наркотики помогают добывать гомосексуализм, проституция, воровство и разбои. Высока смертность от суицида, передозировки наркотика, СПИДа и других соматических осложнений. 3-я стадия встречается редко из-за высокой летальности второй стадии. Больные нетрудоспособны из-за крайнего истощения (залеживаются в постели) и сведения круга интересов к добыче наркотика, который необходим, чтобы самостоятельно поесть и элементарно себя обслужить.

Особенности течения химических аддикций иллюстрирует следующая таблица (Колесов, 2000б).

Критерий, фаза болезни	Обобщенная оценка существования	Гедонистический эффект ПАВ	Функциональная роль ПАВ	Ведущий синдром	Личностный критерий
Скрытая	Нейтральная	Отсутствует	Требуемая	Нет	Норма или отягощенность
Первая	Супероптимальная	Супергедонизм	Стимулирующая	Психическая зависимость	Формирование наркогенной личности
Вторая	Оптимальная	Нормогедонизм или супергедонизм	Компенсаторная	Физическая зависимость	Функционирование наркогенной личности
Третья	Пессимальная	Агедонизм	Субкомпенсирующая	Соматическое истощение	Деградация личности

Принципы и организация лечения. Выделяют три цели лечения: соматическое оздоровление, психическая стабилизация и включение в социальную среду. Терапевтические концепции лечения химически зависимых пациентов классифицируют следующим образом (Бюрингер и Ферстль, 2003). А. *Медикаментозное лечение.* Поддержка во время дезинтоксикации успокоительными и болеутоляющими средствами. Лечение сопутствующих заболеваний и осложнений. Замена наркотиков метадоном и другими легальными заменителями запрещенных ПАВ. Использование антагонистов опиоидов. Лечение медикаментами, сенсibiliзирующими к алкоголю (напр., тетурамом). Применение веществ, снижающих потребность в алкоголе (напр., акампросат). Б. *Психотерапия:* поведенческая терапия; глубинно-психологические формы терапии; разговорная терапия и эклектические методы. В. *Социотерапия:* терапевтические «общения» с бывшими наркоманами и алкоголиками в качестве «персонала»; терапевтические сообщества с профессиональными терапевтами в специализированных клиниках и амбулаторные группы самопомощи (напр., Общество анонимных алкоголиков).

Прохаска и Диклимент выделяют у химически зависимых пациентов ряд фаз готовности к изменению, с которыми связывают определенные терапевтические стратегии (по: Перре, Бауманн, 2002).

Фазы	Терапевтические стратегии
1. Отсутствие осознания проблемы: - отсутствие понимания; - отсутствие готовности к изменению	Незначительные возможности терапевтического влияния; воздействие через факторы окружающей среды (напр., потеря работы, преследование законом) и внутренние факторы (эмоциональные и физические нарушения)
2. Становление проблемы: - самонаблюдение; - взвешивание всех «за» и «против» относительно потребления ПАВ; - наблюдение за реакцией посторонних на собственное потребление ПАВ	Содействие самонаблюдению; подчеркивание негативных последствий потребления ПАВ и положительных последствий отказа от них; содействие в принятии решения; становление терапевтического альянса; договоренность об индивидуальных целях
3. Начало лечения: готовность к лечению	Обучение навыкам и умениям, необходимым для ведения самостоятельного образа жизни без зависимости (напр., релаксация, тренинг самоутверждения, навыки разрешения конфликтов); планирование будущего (упорядочение жизни; распределение времени)
4. Поддержание лечебных целей: готовность к поддержанию изменений	Содействие в минимизации риска рецидивов (наблюдение и избегание критических ситуаций, тренинг навыков отказа); навыки и умения для преодоления рецидивов
5. Рецидивы: длинные фазы повторного злоупотребления или возникновения новой зависимости	Незначительные возможности терапевтического влияния

Выделяется 4 лечебные фазы: установление контактов, прекращение приема ПАВ, отвыкание, поддержка. Первые две фазы имеют большое значение для работы с мотивацией пациента, при этом во второй фазе акцент делается на фармакотерапии с целью облегчить проявления абстиненции. Третья фаза – психотерапевтическая, четвертая посвящена профилактике рецидива и социальной реадaptации больного. С учетом этих фаз лечение осуществляется в специализированных амбулаторных и стационарных учреждениях, учреждениях переходного типа (полустационарах) и группах самопомощи.

Большое распространение получила «Миннесотская модель лечения химической зависимости», основанная на восьми принципах: 1) относиться к аддиктам с достоинством и уважением; 2) относиться к химической зависимости как к первичному расстройству, а не симптому других личностных проблем; 3) относиться к химической зависимости как к хронической болезни, которую невозможно излечить полностью, а можно только справиться с ней; учить людей не избавляться от проблемы, а справляться с ней; 4) относиться к аддикту как к целостной личности, которая втянута в болезнь на разных уровнях: эмоциональном, интеллектуальном, социальном, физическом и духовном; 5) оказывать полноценную помощь со всех сторон, начиная с диагностики и детоксикации и заканчивая семейной и духовной терапией; 6) привлекать к лечению аддиктов талантливых людей самых разных профессий – терапевтов, психологов, консультантов, священников, бывших алкоголиков и пр.; 7) лечить духовно, основываясь на «12 Шагах» Анонимных Алкоголиков, помогая сохранять абсолютную трезвость; 8) поощрять аддиктов учиться друг у друга методам реабилитации и восстановления. Настоящее лечение начинается тогда, когда персонал уходит домой после смены, а алкоголики и наркоманы остаются друг с другом и общаются.

В государственных наркологических учреждениях России первая фаза лечения проводится в районном наркологическом диспансере, вторая – в наркологическом стационаре, третья и четвертая – вновь в наркологическом стационаре, где имеются дневной полустационар и осуществляется групповая психотерапия.

Алкоголизм (F10)

Влечение к выпивке, в отличие от влечения к женщине, со временем переходит в хроническое состояние.

Хораций Сафрин

Алкоголизм – хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления алкоголем с патологическим влечением к нему, обусловленным психической, а затем и физической зависимостью. Хроническое отравление алкоголем и вызванные им нарушения обмена веществ могут вызывать психозы. На конечной стадии алкоголизма развивается слабоумие.

Один из десяти взрослых человек имеет серьезные проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Треть нищих и половина проституток – выходцы из семей алкоголиков. Чрезмерная алкоголизация служит причиной почти трети случаев госпитализации. В психиатрических стационарах мужчины-алкоголики составляют половину больных. По данным медицинской статистики, из каждых трех умерших двое находились в состоянии алкогольного опьянения. С алкоголем связано свыше половины смертных случаев и тяжелых травм при дорожно-транспортных происшествиях, 50 % всех убийств, 40 % разбойных нападений, 35 % изнасилований и 30 % самоубийств. Примерно 80 % всех пожаров в жилом секторе возникают при курении в состоянии алкогольного опьянения. В США ежегодный ущерб от злоупотребления алкоголем оценивается в 150 млрд. долларов.

По некоторым данным, в России в 1997 г. алкоголизмом страдало 16 % населения (20 млн. человек), что в два раза превышает критерий ВОЗ, установленный как опасно критический. Притом что критическая величина потребления алкоголя на душу населения составляет 8 л чистого спирта в год, в России она достигла показателя 14 л. На 100 тыс. человек в России приходится 1530 больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих на учете в наркологических диспансерах. Показатель количества больных алкогольными психозами, зарегистрированный в 2002 г., – самый высокий за последние 18 лет. Число алкоголиков быстро растет, в том числе за счет женщин и подростков, во многом благодаря потреблению пива, которое за последние четыре года выросло в три раза. Злоупотребление алкоголем наиболее распространено среди подростков. Среди подростков 14–18 лет спиртные напитки потребляют 88 % мальчиков и 93 % девочек. Из каждых 100 000 подростков 22 уже больны хроническим алкоголизмом, а 827 регулярно употребляют спиртное без проявления признаков физической зависимости.

Алкоголизм укорачивает продолжительность жизни на десять лет. Во многом именно алкоголизм является причиной того, что среднестатистический российский мужчина не доживает до пенсии. По статистике Минздрава РФ, за год от алкогольной интоксикации («с перепоя») умирает 3500 человек (в США – 350). По экспертным оценкам, в последнее десятилетие только от некачественного алкоголя каждый год гибнет до 50 000 человек.

Чаще всего алкоголизм наблюдается у людей, имеющих дело с алкоголем «по роду службы», низкоквалифицированных рабочих и лиц свободных профессий. До сих пор считается, что мужчин, страдающих алкоголизмом, больше, чем женщин, но это различие может быть следствием того, что женщины тщательнее «скрывают» алкогольные проблемы; во всяком случае, в последние десятилетия это различие стирается.

Четко установлено, что существует тенденция к семейной предрасположенности к алкоголизму. Генетические предпосылки его развития наиболее сильны для сына, отец которого страдал алкоголизмом независимо от того, в какой семье ребенок воспитывался. Группу наивысшего риска составляют дети пьющей матери. Они рождаются с алкогольным син-

дромом плода, не могут учиться в обычной школе из-за задержки психического развития, импульсивны, лживы, рано начинают алкоголизироваться и не удерживаются на работе. Из десяти девять растет в неполной семье, семь – без матери, которая чаще всего умирает от алкоголизма.

Злоупотреблением считается потребление алкоголя в следующих случаях: в возрасте до 21–22 лет, при наличии предрасположенности к алкоголизму, за месяц до предполагаемого зачатия ребенка, в период беременности и грудного вскармливания, в ремиссии после лечения от алкоголизма, лицами с опасным уровнем потребления алкоголя и находящимся в продроме (в начальной стадии) алкоголизма. У начавших алкоголизироваться до 21 года продром может длиться от полугода до двух лет, у взрослых он растягивается до пяти лет.

В группу повышенного риска входят подростки – злостные прогульщики, исключенные из школы хулиганы, дети, выросшие в дисфункциональных и неполных семьях, где наблюдается алкоголизм, жестокость, безнадзорность. Уровень риска соотносится с уровнем потребления алкоголя:

1) низкая степень риска: прием одной-двух доз 6–8 раз в год (1 доза = 40 г водки, 150–200 г сухого вина, 300–500 г пива);

2) умеренный риск: прием одной-двух доз 10–20 раз в год;

3) опасный уровень: прием одной-двух доз 6–10 раз в месяц либо трех-четырех доз 20–40 раз в год;

4) продром (начало) алкоголизма: прием трех-четырех доз 6–10 раз в месяц.

С учетом количества употребляемого алкоголя построена распространенная классификация:

- Абстинент: не более 100 г вина два – три раза в год.
- Случайное употребление алкоголя: от одного раза в 2–3 месяца до одного – двух раз в месяц, 50–150 г в пересчете на водку.
- Умеренное употребление алкоголя: один – четыре раза в месяц 100–300 г водки.
- Систематическое пьянство: один – два раза в неделю 200–400 г водки.
- Привычное пьянство: два раза в неделю и чаще 300–500 г водки.

☺ Я пью не больше ста граммов, но, выпив сто грамм, я становлюсь другим человеком, а этот другой пьет очень много.

Эмиль Кроткий

Клинические формы и течение

*Старых пьяниц встречаешь чаще, чем старых врачей.
Франсуа Рабле*

В МКБ-10 выделяются следующие психические и поведенческие расстройства, возникающие в результате употребления алкоголя. *Острая алкогольная интоксикация* (F10.0) – алкогольное опьянение; оно может быть простым, осложненным и патологическим. В простом алкогольном опьянении выделяются три стадии:

- 1) легкая – с гипоманией (эйфорическим возбуждением);
- 2) средняя – эйфория чередуется с дисфорией, наблюдаются нарушения артикуляции и координации движений; возбуждение сменяется глубоким сном с последующей разбитостью, головной болью и частичной амнезией;
- 3) тяжелая – с выраженным нарушением координации, маскообразностью лица, рвотой, недержанием мочи и кала, посинением и похолоданием кистей и стоп, последующим выключением сознания; по выходе остается полная амнезия, длительная слабость и отсутствие аппетита.

Осложненная (измененная) форма алкогольного опьянения встречается в нескольких вариантах: а также в состоянии дисфорическом, депрессивном и истерическом с выраженной сонливостью. В дисфории пьяный ломает вещи, задирает других, в драке теряет над собой контроль; в одиночестве наносит себе раны. В депрессии он плачет, занимается самоубийством или упрекает других. Легкое депрессивное опьянение может перейти в мрачное молчание с неожиданной суицидной попыткой. Истерическое опьянение напоминает спектакль, в котором пьяный патетически изображает страдающую, непонятую выдающуюся личность; в завершение может развиваться истерический припадок.

Патологическое опьянение (F10.07) протекает в форме сумеречного или острого бредового состояния. Сумеречное опьянение проявляется отрешенным видом больных, которые куда-то бегут, проявляя бессмысленную и жестокую агрессию. Они действуют в одиночку и молча. Лицо бледное, зрачки расширены, они не производят впечатления сильно пьяных. Все завершается крепким сном с последующим полным забвением эпизода. Бредовое опьянение характеризуется внезапным переживанием озарения с бредовым толкованием происходящего. Появляются иллюзии и яркие зрительные галлюцинации, страх, изменяется сознание. Затем из памяти выпадают целые эпизоды.

Синдром зависимости от алкоголя (F10.2) (А-зависимость) включает патологическое употребление алкоголя, которое приводит к нарушению социального и профессионального функционирования. Патологическое употребление выражается в невозможности остановиться и прекратить алкоголизацию, несмотря на связанные с ней соматические нарушения. Чтобы нормально функционировать, А-зависимым необходимо пить ежедневно или запоями. А-зависимость диагностируется при наличии либо возрастающей толерантности, либо абстинентного синдрома. Под толерантностью понимают потребность в возрастающих количествах алкоголя для достижения желаемого эффекта. Алкогольный абстинентный (похмельный) синдром (ААС) развивается после резкого прекращения алкоголизации и проявляется в четырех вариантах.

Психопатологический вариант ААС включает в себя тревогу, диффузный страх, выраженное снижение настроения, дисфорию, суицидальные тенденции, идеи виновности, выраженную бессонницу, гипнагогические галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзии.

Нейровегетативный вариант ААС проявляется бессонницей с затрудненным засыпанием, астенией, потливостью, отечностью лица, плохим аппетитом, повышенной жаждой,

колебаниями АД, тахикардией, тремором пальцев рук. При церебральном варианте ААС добавляется сильная головная боль с тошнотой и головокружением, обмороки и эпилептиформные припадки. Висцеральный или соматический вариант ААС характеризуют боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм, понос, стенокардия, сердечная аритмия.

Синдром отмены (F10.3) возникает после прекращения длительного интенсивного употребления алкоголя, может проявляться в виде *алкогольной эпилепсии* (F10.31) и *алкогольного делирия* (белой горячки). Для диагностики абстинентного синдрома должно наблюдаться не менее трех из следующих признаков: 1) тремор пальцев вытянутых вперед рук, кончика языка или век; 2) потливость; 3) тошнота, рвота; 4) учащенное сердцебиение или гипертензия; 5) психомоторное возбуждение; 6) головная боль; 7) бессонница; 8) недомогание, слабость; 9) преходящие зрительные, осязательные и слуховые галлюцинации или иллюзии; 10) судорожные припадки с потерей сознания.

Алкогольный делирий (F10.4) является наиболее тяжелым проявлением алкогольного абстинентного синдрома, обычно он отмечается у людей с алкогольным стажем не менее 5-ти лет и частыми запоями. У 5 % госпитализированных алкоголиков алкогольный делирий развивается во время лечения в стационаре. Алкогольный делирий развивается на второй – седьмой день после прекращения употребления алкоголя. Вначале появляются вегетативные расстройства: учащенное и ослабленное сердцебиение, сильная потливость, повышение температуры и артериального давления, бессонница. Нарастает двигательное беспокойство, неясные опасения, раздражительность. Наблюдается грубый тремор рук, губ и языка с нарушением артикуляции – отсюда название *delirium tremens*. Затем могут появиться судорожные припадки и, наконец, развиться типичный делирий: яркие зрительные и тактильные галлюцинации в виде угрожающих ему насекомых и мелких животных, тревожное возбуждение, спутанность мыслей. У больных нарушается сознание, они дезориентированы в месте и времени. Симптомы обычно выражены в течение трех – семи дней, затем больной погружается в глубокий длительный сон. После пробуждения возвращается ясность сознания, остаточных явлений практически нет, кроме астении. При отсутствии лечения смертность в результате сердечной недостаточности, судорог и других осложнений достигает 25 %.

Пример

Больная 27-ми лет, алкоголь употребляет с детства – вместе с матерью-алкоголичкой. После замужества пить стала чаще, особенно последние три-четыре года. Опохмеляется, употребляет брагу, одеколон.

Последний месяц не работает, уволена за прогул. Заболела после запоя на ноябрьские праздники. Перестала спать. Ночью с закрытыми глазами видела перед собой букашек, овец, быков, а в конце – страшные рожи; слышала голоса сына и соседей из телевизора. На стене шевелились тени, тянулись к ней. Убежала из дома, тени мчались за ней. Устроила драку. На приеме – неопрятная, грязная, суетливая. К чему-то прислушивается, вздрагивает при малейшем стуке, хватается за сопровождающих, спрашивает: «А что со мной будет?» Порывается бежать. Речь бессвязная; больная не понимает, где находится. На чистом листе бумаги видит звездочки, черные круги. Месяц лечилась в психиатрической больнице, но до сего времени ее продолжают беспокоить «голоса», хотя алкоголь, по ее словам, не употребляет. Стала вялой, плаксивой, ухудшилась память.

В рубрику F10.5 включены алкогольный галлюциноз, паранойя, параноид и депрессия.

Острый алкогольный слуховой галлюциноз – обычно развивается у больных среднего возраста с физической зависимостью от алкоголя и возникает после длительного запоя.

Через несколько дней после последнего приема алкоголя больной начинает при ясном сознании слышать элементарные слуховые галлюцинации (стук, звонки, оклики), а затем отчетливые «голоса», произносящие что-либо, обычно неприятное для него по содержанию (обычно устрашающее). Это содержание становится фабулой чувственного, образного, несистематизированного бреда преследования, отравления; появляются аффективные расстройства и психомоторное возбуждение, нередко опасное для больного и окружающих. Галлюцинации сохраняются от нескольких часов до недели. Неблагоприятным исходом острого слухового галлюциноза является *хронический вербальный* алкогольный галлюциноз. После исчезновения страха, возбуждения, бреда голоса становятся тихими, нейтральными по содержанию, не влияют на поведение больного.

Алкогольный параноид – бред преследования с бредовым (чаще оборонительным) поведением. В поведении окружающих больные усматривают подготовку к своему убийству, слышат в их словах соответствующие высказывания. Вечером и ночью возникают слуховые галлюцинации. Иногда, обороняясь от «преследователей», больной может напасть первым. Нередко больные обращаются за помощью в милицию. Психоз обычно длится от нескольких часов до 2–3 недель.

Алкогольная паранойя – бред ревности с импотенцией и агрессией к жене, возможно ее убийство. Если алкогольный бред ревности возникает у женщины, она может кастрировать мужа или убить детей «соперницы». Психогенез: недоверие и разочарование в поддержке партнера, обусловленные алкоголем ссоры, нарушения взаимоотношений с окружающими, чувство униженности, вины, сочетание повышенной сексуальной потребности с половой слабостью. Чувство собственной неполноценности отрицается и проецируется на супругу. Подозрения принимают гротескную форму, из-за слабости критики представления об измене приобретают неадекватные масштабы. Бред ревности часто, независимо от дальнейшего потребления алкоголя, становится хроническим.

Выделяют следующие этапы развития алкогольной паранойи. Желание «балдеть» от спиртного. Приучение к мысли о том, что «не я, а водка со мной что-то делает». Опыт получения желательных эффектов употребления алкоголя. Опыт получения нежелательных эффектов. Убеждение в том, что алкоголь «сильнее» воли. Неспособность сопротивляться желанию напиться. Списывание неудач на алкогольное опьянение и на окружающих. Обвинение других людей в том, что они «лезут в душу» и вообще «преследуют». Опыт убегания от «преследователей». Чувство, что жизнь находится под чьим-то контролем. Ненависть к спиртному. Горькое пьянство. Белая горячка, в которой все перечисленное предстает в форме галлюцинаций (Завьялов, 2003).

Пример

Больной 33-х лет, алкоголь употребляет регулярно с 18 лет. С 23-х лет пил почти ежедневно, вначале «по стопочке», а потом по 500 г и более, опохмелялся. Ссорился с женой, отношения с ней особенно ухудшились в течение последнего года: ревновал, вначале только в состоянии алкогольного опьянения, а затем и в трезвом состоянии, угрожал убить ее. Однажды, идя с ночного дежурства, по дороге домой встретил двух мужчин, и один из них сказал: «Это он». Жена дома якобы отнеслась к нему недружелюбно, а вечером «почему-то легла в постель одетой». Больной встал, принес из коридора топор и положил его под кровать. Потом, покурив, нанес жене несколько ударов топором, от которых она скончалась. Врачу рассказал, что жена приходила с работы «растрепанной», ему подмигивали знакомые, машины на улице освещали его фарами. В ночь убийства заметил, что «в подполье находятся мужчины, которые хотят его убить». Жена не пускала его в подполье, а сама приготовила топор, чтобы убить его. Считает, что

жена давно изменяет ему с другими мужчинами. Если бы он не убил ее, эти мужчины «прикончили бы» его. О жене рассказывает со злостью, на другие темы говорит без интереса. Оживляется только тогда, когда речь заходит о его злоупотреблении алкоголем, при этом начинает улыбаться.

Алкогольная депрессия нередко ведет к суициду, в то же время депрессия часто обуславливает алкоголизацию, так что алкоголизм и суицид – давно известное сочетание. Еще отец истории Геродот (V в. до н. э.) описал историю спартанского царя Клеомена, который при каждом приеме иностранных послов и вообще по всякому поводу неумеренно пил неразбавленное вино. После утомительного путешествия он вернулся в Спарту и заболел помешательством. Впрочем, он и раньше был не совсем в здравом уме: каждый раз при встрече с кем-нибудь из спартанцев он бросал ему в лицо палку. В виду такого поведения родственники посадили Клеомена в колодки, как помешанного. Находясь в заключении, он заметил однажды, что при нем остался только один страж и потребовал у него меч. Тот сначала отказался, но Клеомен стал угрожать ему наказанием, и, под страхом угроз, страж подал ему меч. Взяв меч в руки, царь стал кромсать себя в полосы, начиная с бедер: он разрезал себе кожу от бедер до живота и поясицы, пока не дошел до желудка, который тоже изрезал в узкие полоски и так умер.

☺ Федя пребывал в запое. Куча проблем его породила. Но Федор знал, что пора останавливаться. Как? И тут к нему явилась фея.

– Что сделать, Федор, чтобы прекратить твой запой?

– Значит, так, – сказал повеселевший Федор, – ликвидировать долги, вернуть жену, дать новую машину и телевизор.

Фея взмахнула волшебной палочкой, и все исполнилось!

– А теперь я улетаю к другим. Прощай, Федя!

– Как зовут тебя, фея?

– Белая горячка!

Классификация алкоголизма. Широко распространенной является клиническая классификация Еллинека (по: Короленко, Дмитриева, 2000), который выделил следующие формы А-зависимости. *Альфа* – психологическая зависимость, при которой алкоголь используется как средство снятия физического или душевного напряжения («пьянство ухода, бегства»). *Бета* – «соматопатическое пьянство». У больных появляются расстройства внутренних органов и сосудистые нарушения, снижается сопротивляемость инфекционным и онкологическим заболеваниям. Они страдают от недостаточности питания, связанной с употреблением алкоголя, так как он дает калории, но не имеет пищевой ценности. Больные пьют, когда есть повод или когда не могут устоять перед соблазном; зависимость формируется медленнее, чем у предыдущего типа.

Гамма – «злокачественный тип алкоголизма», при котором сочетается психическая и физическая зависимость. Повышается толерантность, появляется абстинентный синдром; признаки предыдущих форм необязательны. Больные способны долго воздерживаться от выпивки, но, начав пить, теряют контроль. Эта форма алкоголизма преобладает в США. *Дельта* – больные имеют сильную психическую и физическую зависимость, поддерживают постоянную концентрацию алкоголя в крови в течение дня. Контроль над дозой сохраняется, но нет возможности воздерживаться от выпивки. Толерантность повышена, абстинентный синдром развивается даже при кратковременной отмене. Распространен в винодельческих странах и среди любителей пива. *Эпсилон* – запойное пьянство с периодами воздержания до нескольких месяцев (дипсомания, от греч. *dipsa* – жажда). Запой обычно возникает в конце недели, месяца («с получки»). Пьют зачастую много дней подряд, в большом количестве.

Короленко и Диковский предложили классификацию А-зависимости, которая отличается от вышеприведенной исключением Бета-формы и добавлением следующих форм. *Дзета* – мягкий вариант Гамма-формы (потеря контроля наступает в средней стадии опьянения, симптомы похмелья снимаются небольшими дозами алкоголя). *Эта* – состоит из неалкогольной части (аддикция отношений с участием в группе по интересам) и скрытой алкогольной части (алкогольный ритуал облегчает взаимодействие членов группы, психологическая и физическая алкогольная зависимость развиваются медленно). *Йота* – алкоголь заглушает невротические страхи (фобии, приступы паники и ожидание сексуальной неудачи) (там же).

Течение алкоголизма подразделяется на 3 стадии.

I стадия. Характерны яркие положительные воспоминания об алкоголизации, переход к крепким напиткам, постоянный настрой на алкоголь, трудность отказа от него. Больной выпивает залпом, торопится принять новую дозу, утрачивает контроль над ней. Начинает выпивать до и после разного рода мероприятий, импульсивно, тайно, для эмоционального или физического облегчения. Он отменяет свои планы в связи с выпивкой; делает запасы спиртного, при этом избегает разговоров об употреблении алкоголя. Эйфория становится запаздывающей или появляется на высоких дозах, повышается переносимость, исчезает рвотный рефлекс и необходимость закусывать. После алкоголизации наблюдается прерывистый сон и раннее пробуждение в астении. Выявляется симптом *обрушивания дозы*: прием сравнительно большой дозы не вызывает чувства опьянения, затем после приема очередной дозы сразу возникает состояние глубокого опьянения; характерно амбивалентное отношение к симптому: представление о необычной выносливости организма и смутная настороженность. В ситуации отсутствия выпивки появляется чувство дискомфорта.

На этой стадии появляются провалы памяти – *блекауты* (палимпсесты, от греч. palimpsestos – выскобленный пергамент с новым текстом): после приема средней дозы на следующий день какие-либо события амнезируются, хотя у больного сохранялась способность действовать и говорить, не производя на окружающих впечатления сильно опьяневшего. В связи с этим у пьющего возникают опасения, что в состоянии алкогольного опьянения он может совершить вредные для себя действия. Например, в такой ситуации недобросовестные деловые партнеры могут получить у него нужную подпись, о чем он в последствии забудет.

II стадия. Появляются ложные запои или постоянное злоупотребление алкоголем. Формируется абстинентный синдром, резко обостряется влечение к алкоголю, прием которого купирует похмелье – т. е. наступает физическая зависимость от алкоголя. Снижается общий тонус, понижается аппетит; на фоне ослабления либидо и потенции возникают идеи ревности. Больной начинает лгать по поводу употребления алкоголя, скрывает источник потребления, придумывает ложные причины алкоголизации, пренебрегает личными отношениями, пьет в одиночку. Заостряются преморбидные личностные особенности. Появляются вспышки агрессивности, беспричинная обидчивость, попытки произвести впечатление, быть внушительным. Наблюдается частая смена места работы, потеря работы. Возникает чувство вины, появляются первые попытки воздержания, контроля количества и частоты потребления алкоголя. Характерны частые мысли о перемене места жительства.

Пример

Больной 23-х лет, доставлен на прием родственниками, небрит, неряшлив. Родители непьющие, всегда ругали больного за употребление алкоголя. Выпивать начал еще до службы в армии, иногда до потери сознания. Однажды попал с друзьями в вытрезвитель. Во время прохождения воинской службы пил тройной одеколон. Был комиссован из армии по язвенной болезни желудка. Устроился работать слесарем. Первую

же получку пропил – «затянуло как-то». После запоя хотел обратиться к врачу, но испытывал неловкость. Решил справиться сам. Пытался ходить в школу рабочей молодежи, но «попадал в гастроном». Женился, чтобы избавиться от алкогольной зависимости, но продолжал пропивать все деньги. После приема алкоголя стал забывать, что делал, где и с кем был; после алкоголизации мучили ночные кошмары. Жена ушла, не прожив с ним и года. Стал пить еще больше – «с горя», пропускать работу. За четыре года пришлось сменить шесть мест работы. Перед Новым годом за пьяную драку (с кем – не помнит) был задержан милицией. На Новый год пить боялся. Выпил 14 января и пил до 30-го. 31 января вышел на работу, в обед вместо столовой «завернул» в магазин. Пришел в себя в вытрезвителе, сказали – в семнадцатый раз. Направлен на стационарное лечение.

III стадия. Снижается толерантность к алкоголю, больные переходят на слабые напитки и небольшие дозы, употребляют суррогаты. Возникают истинные запои или сохраняется постоянное злоупотребление алкоголем. Наступает алкогольная деградация личности (аморальность, растормаживание низших влечений, ухудшение памяти и интеллекта). Часто отмечается эйфория с характерным юмором висельника: не заразительное веселье с грубыми, плоскими шутками сексуального содержания. Это настроение может без видимого повода резко смениться дисфорией, сопровождаемой агрессией и правонарушениями. Алкоголь употребляется рано утром, имеют место длительные запои, теряется работоспособность, ухудшается здоровье. Больной пьет с людьми более низкого социального положения, теряет друзей, семью. Он испытывает необоснованные страхи, постоянное чувство раскаяния, получает лечение в наркологическом стационаре. Во многих случаях исчезает критика к наличию алкоголизма.

В соответствии с МКБ-10 *алкогольное изменение личности (F07.0)* диагностируется при наличии двух или более признаков; 1) значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и нескоро приводящей к успеху; 2) измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии; в некоторых случаях наиболее яркой чертой бывает апатия; 3) при реализации потребностей и влечений могут не учитываться последствия или социальные нормы (так, больной может совершать антисоциальные акты, например воровать, предъявлять неадекватные сексуальные притязания, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правила личной гигиены); 4) когнитивные нарушения в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактно-резонерской темой; 5) выраженные изменения темпа и потока речевой продукции с чертами случайных ассоциаций, сверхвключения (расширенное включение в тематику побочных ассоциаций), вязкость и гиперграфия; 6) измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

Выделяют две формы *стойкого амнестического расстройства, вызванного алкоголем (F10.6)*. *Энцефалопатия Вернике*: острое состояние со спутанностью сознания, расстройством координации, нарушением зрения, сонливостью, тревожным сном; затем развивается делирий с последующей амнезией на недавние события. *Корсаковский психоз*: хроническое состояние с конфабуляциями (ложными воспоминаниями), дезориентированностью, полиневритом, амнезией на давние и недавние события. Корсаковский психоз может развиваться из энцефалопатии Вернике. Он часто сосуществует с *алкогольной деменцией*, которая проявляется в неглубоком частичном ухудшении памяти и интеллекта. Больные теряют работоспособность, семью, ведут паразитический образ жизни, бродяжничают.

В кратком виде течение алкоголизма суммирует Еллинек. 1. Предалкогольная фаза – стадия нарастающего облегченного употребления алкоголя, часто мотивируемого социально. 2. Продромальная фаза – стадия возрастания толерантности: состояния оглушения с палимпсестами; тайное потребление алкоголя; постоянные мысли об алкоголе; жадность питья первой дозы; чувство вины; избегание намеков об алкоголе. 3. Критическая фаза – стадия обсессивного потребления алкоголя: потеря контроля; противодействие упрекам; заносчивое агрессивное поведение; подавленность; вариации от полного воздержания до постоянного потребления алкоголя; утрата друзей; перемена мест работы. Поведение, определяющееся добычей алкоголя; потеря интересов; сострадание к самому себе; стремление к перемене места жительства; неблагоприятные изменения в семье; беспричинное негодование; стремление «сохранить лицо»; нерегулярность питания. Первое помещение в больницу по поводу «соматических» алкогольных жалоб (которые пациент объясняет любыми другими причинами); падение сексуальной потребности; алкогольная ревность; регулярное употребление алкоголя по утрам. 4. Хроническая фаза – стадия сенсibilизации: длительное, в течение всего дня потребление алкоголя; этический распад; нарушение памяти; преходящие алкогольные психозы; выпивки с людьми более низкого социального статуса; употребление суррогатов (лосьоны, противоревматические средства, технический спирт); падение толерантности к алкоголю; состояние страха; тремор; психомоторное торможение; алкоголизация как одержимость; более легкая доступность лечению (по: Короленко, Дмитриева, 2000).

☺ Первая стадия алкоголизма: пьешь сколько хочешь, а на следующий день выглядишь как огурчик. Вторая стадия алкоголизма: пьешь сколько хочешь и на следующий день выглядишь омерзительно. Третья стадия алкоголизма: хоть пьешь, хоть не пьешь, все равно выглядишь омерзительно.

Рецидивы

При алкоголизме часто имеют место рецидивы. В течение первого года терапии рецидивы наблюдаются в 75 % случаев. К.Ю. Королев (2000) приводит следующие признаки риска срыва у бывшего пациента, имеющие значение для профилактики рецидива.

1. Внутренние предупреждающие признаки срыва. В этой фазе выздоравливающий чувствует внутреннюю неспособность функционировать нормально и испытывает различные трудности.

1.1. Трудности с ясным мышлением.

1.2. Трудность контроля над чувствами и эмоциями: быстрая переменчивость, колебания настроения либо вспыльчивость.

1.3. Трудности с памятью, когда сложно удержать в памяти цифры, события и даты.

1.4. Трудности контроля над стрессом: гиперреакция на обычные раздражители.

1.5. Трудности с полноценным сном: долгое засыпание, прерывистые, тревожные или кошмарные сны, раннее пробуждение.

1.6. Трудности с физической координацией: частые порезы, мелкие ожоги (например, сигаретами), спотыкания.

1.7. Чувства стыда, вины, безнадежности без видимой причины.

2. Возвращение отрицания. В этой фазе выздоравливающий становится неспособным признать и честно рассказать другим о том, что он думает или чувствует.

2.1. Возрастает озабоченность самочувствием: физический дискомфорт, самолечение различными таблетками, многократные медицинские обследования.

2.2. Вслед за этим появляется отрицание озабоченности самочувствием: на расспросы окружающих о причинах изменения поведения больного дается стандартный ответ: «все нормально».

3. Избегание и защитное поведение. В этой фазе человек не хочет думать ни о чем, что может вызвать возврат болезненных или беспокоящих его эмоций. Когда ему задают прямые вопросы о самочувствии, он уклоняется от честного ответа. Появляются следующие признаки:

3.1. Слепая убежденность больного в том, что он никогда не будет пить.

3.2. Склонность переживать за других вместо того, чтобы беспокоиться о себе.

3.3. Нарастание защитного поведения: уход от прямой оценки и осознания своего самочувствия и жизненных проблем, тенденция переводить разговоры на другую тему.

3.4. Компульсивное поведение: появление навязчивых мыслей о возможности употребления алкоголя, «случайные» формы поведения, предрасполагающие к употреблению спиртных напитков, появление в местах застолий, празднеств, восстановление связей с пьющими приятелями, возможно приобретение и хранение алкоголя.

3.5. Импульсивное поведение: проявление тенденций к неуправляемым, эмоциональным, неосознанным поступкам.

3.6. Склонность к одиночеству и избеганию привычных человеческих связей с одновременным болезненным переживанием своей изоляции.

4. Нарастание кризиса. В этой фазе человек начинает сталкиваться с многочисленными жизненными проблемами, вызванными отрицанием личных чувств, самоизоляцией и пренебрежением программой выздоровления. Даже если он хочет решить их и упорно работает над этим, на месте одной проблемы появляются две новые.

4.1. Туннельное видение: резко ограничивается способность видеть в жизни что-либо, кроме своих проблем, неприятностей, неудач. Исчезает чувство перспективы, способность планировать будущее, появляется ощущение безнадежности.

4.2. Субдепрессия: хроническое чувство подавленности, апатия, неудовлетворенность своим настоящим, осуждение своего прошлого, мысли о бессмысленности будущего.

4.3. Паралич перспективы: попытки конструктивного планирования своей жизни оказываются тщетными из-за потери ощущения перспективы, неверия в себя, отсутствия самоуважения и жизненной энергии.

4.4. Планы и попытки что-либо сделать или изменить оканчиваются неудачей, что еще больше подрывает самооценку больного, его уважение к себе, усугубляет все симптомы этой фазы. Процесс становится самоподдерживающимся.

5. Иммобилизация (функциональный жизненный паралич). В этой фазе человек не способен начать что-либо. Его «несет» по жизни; вместо того, чтобы управлять жизнью, он сам управляем ею. Для этой фазы типичны:

5.1. Мечтательность, а точнее, уход в беспочвенные фантазии о «чудесном повороте судьбы», «волшебном средстве» или «могущественном спасителе».

5.2. Ощущение невозможности найти выход из сложившейся ситуации, чувство бессмысленности и безнадежности своих попыток что-либо изменить.

5.3. Незрелое (инфантильное) желание стать счастливым – немедленно, безгранично и навсегда.

6. Замешательство и чрезмерная реакция. В этот период теряется способность мыслить ясно. Человек недоволен собой и окружающими, становится раздражительным и неадекватно реагирует на незначительные события.

6.1. Появляются периоды замешательства, т. е. дезорганизации мышления и поведения, что говорит о нарастании хаоса мыслей и чувств.

6.2. Нарастает раздражение по отношению к близким по незначительным поводам.

6.3. Чрезмерная возбудимость становится повседневным состоянием.

7. Депрессия. В этот период человек из-за сниженного настроения испытывает трудности с поддержанием обычного распорядка дня. Временами могут появляться мысли о самоубийстве, употреблении алкоголя или наркотиков для улучшения настроения. Депрессия является тяжелой и неотступной, больной не может игнорировать и скрывать ее от окружающих. Нарастают следующие признаки:

7.1. Чередование приступов переедания и отсутствия аппетита.

7.2. Отсутствие желания что-либо предпринимать, доходящее до полной апатии.

7.3. Бессонница сочетается с дневной сонливостью.

7.4. Полностью распадается обычный режим дня, человек выпадает из привычного ритма жизни.

7.5. Периоды глубокой депрессии длятся по нескольку дней.

8. Утрата контроля над поведением. Человек становится неспособным контролировать или регулировать свое поведение и распорядок дня. Он отрицает или не осознает в полной мере утрату контроля над ситуацией. Поведение человека становится беспорядочным во всех сферах жизни и выздоровления. Типичные признаки этой фазы:

8.1. Нерегулярное посещение собраний Анонимных Алкоголиков и приемов у врача-консультанта.

8.2. Появление безнадежности: «Все равно ничего не изменишь».

8.3. Открытый отказ от помощи: «Оставьте меня в покое, мне уже ничто не поможет».

8.4. Крайняя степень неудовлетворенности жизнью во всех ее сферах, вплоть до ненависти к самому себе.

8.5. Постоянное чувство бессилия и беспомощности перед лицом происходящего.

9. Признание утраты контроля. Часто внезапно отрицание разрушается, и человек неожиданно осознает, насколько тяжелы его проблемы и какой неуправляемой стала его жизнь, как мало у него сил и контроля для решения любой из этих проблем. Это осознание

является крайне болезненным и пугающим. К этому времени человек уже настолько изолирован, что ему кажется, нет никого, к кому можно было бы обратиться за помощью.

9.1. Жалость к себе нарастает, душевная боль становится невыносимой.

9.2. Мысли о «контролируемом» употреблении алкоголя делаются отчетливыми.

9.3. Сознательная ложь самому себе и окружающим становится обыденной.

9.4. Полная потеря уверенности в себе приводит к появлению ощущения безнадежности.

10. Сужение выбора. Человек чувствует себя охваченным болью и неспособным управлять своей жизнью. Ему представляется, что существует только три выхода: безумие, самоубийство или пьянство. Он больше не верит, что кто-то или что-то может ему помочь.

10.1. Непомерное чувство обиды на всех и вся, в том числе и на себя.

10.2. Прекращение всякого лечения и членства в обществе Анонимных Алкоголиков.

10.3. Всепоглощающее ощущение одиночества, болезненное чувство неудовлетворения своих основных потребностей или большинства из них, гнев на всех и по любому поводу, невыносимое эмоциональное напряжение.

10.4. Утрата поведенческого контроля: поведение практически не контролируется и не осознается; человек механически следует внешним стимулам, а не реагирует на них осознанно.

11. Активный срыв. Возврат к употреблению алкоголя или соматическая болезнь, либо эмоциональный коллапс.

11.1. Возврат к «контролируемому» употреблению («От ста граммов ничего не будет»).

11.2. Стыд и вина за употребление алкоголя нарастают, усугубляя тяжесть симптомов.

11.3. Потеря контроля над употреблением: возобновление запоев и похмелья.

11.4. Жизненные трудности и проблемы со здоровьем возвращаются в умноженном виде.

☺ Посетитель пивного бара всегда брал 3 кружки пива – одну для себя и две – «для брата». Однажды он заказал 2 кружки. Бармен спрашивает его: «Не случилось ли чего с вашим братом?» – «Нет, просто я завязал».

Психология алкоголизма

*Я пью, чтобы забыть, что я пью.
Джо Льюис*

В широком распространении алкоголизма во многом повинны связанные с ним мифы (Карсон и др., 2004).

Миф	Факт
Алкоголь — стимулятор	Алкоголь одновременно и стимулирует, и подавляет нервную систему
Всегда можно определить по запаху, выпивал человек или нет	Некоторые люди годами успешно скрывают свое пристрастие к алкоголю
Алкоголь улучшает сон	Алкоголь может нарушить сон
Рассудок не страдает до появления явных признаков интоксикации	Рассудок может страдать задолго до видимых двигательных проявлений интоксикации
Интоксикация будет сильнее, если смешивать напитки	Интоксикация определяется не смешиванием напитков, а фактической концентрацией алкоголя в крови

Миф	Факт
Несколько чашек кофе помогают «протрезветь».	Кофе не влияет на степень интоксикации.
Гимнастика или холодный душ ускоряют распад алкоголя в организме	Гимнастика или холодный душ не ускоряют метаболизм алкоголя в организме
Человек с сильной волей не станет алкоголем.	Алкоголь способен сломить сопротивление даже самого «волевого» человека.
Алкоголь не приводит к сильной зависимости, как наркотики.	Алкоголь обладает сильными аддитивными свойствами.
Если пить только пиво, не станешь алкоголиком.	Станет ли человек алкоголиком, зависит не от вида алкоголя, а от его количества. В пиве содержится значительное количество алкоголя.
Алкоголь менее опасен, чем марихуана.	От алкоголизма лечится гораздо больше людей, чем от злоупотребления марихуаной.
При алкоголизме печень поражается задолго до мозговых нарушений.	Патология мозга может развиваться при алкоголизме до явного поражения печени.
Физиологически героиновая «ломка» опаснее алкогольного похмелья.	Обрыв запоя может быть более губительным, чем отмена опиатов.
Пьют все.	В США 28 % мужчин и 50 % женщин не употребляют алкоголь.

Седативный эффект и доступность алкоголя делают его наиболее распространенным средством борьбы с тревогой, депрессией и бессонницей. Алкоголь дает ощущение тепла, защищенности, уверенности и, таким образом, выполняет функции семьи. В 1937 г. Роберт Найт в известной работе «Психодинамика хронического алкоголизма» выделил три фазы

алкоголизации. Первая характеризуется душевным подъемом, расторможенностью, более свободным выражением подавленных или вытесненных влечений. Эти явления отражают тот факт, что алкоголь в первую очередь затрагивает высшие мозговые центры, осуществляющие функцию контроля и торможения. Если человек продолжает пить, алкоголь постепенно парализует и нижние отделы мозга, и развивается вторая фаза, для которой характерны депрессивные тона. Когда выпивший трезвеет, он вступает в третью фазу – похмелья. При этом возвращается первоначальная стрессовая ситуация, еще более отягощенная дополнительным стрессом, а именно чувством вины и стыда за то, что перепил. Он реагирует на похмелье тем, что начинает пить снова, подхлестываемый желанием вновь ощутить подъем и заглушить чувство вины и самобичевание.

Имеется определенная семейная модель алкоголизма. В семье алкоголиков доминирует мать, которая культивирует в ребенке инфантильные черты и проецирует на него нежелательные качества, потворствует ему и в то же время недостаточно удовлетворяет его потребности. Установлено, что каждая вторая жена алкоголика знала о его пьянстве еще до брака, каждая третья вдова А-зависимого вновь выходит замуж за алкоголика.

Наиболее подвержены алкоголизму антисоциальные и зависимые личности, незрелые, внушаемые, склонные к дистимии, с повышенной потребностью во власти и чувством неспособности достигнуть поставленной цели. По теории научения первые опыты употребления алкоголя, связанные с преодолением тревожности («выпить для храбрости»), играют роль оперантного обусловливания, когда поведение определяется предвидением его результатов и последствий. Благодаря эйфоризирующему эффекту алкоголя это предвидение становится оптимистичным, подбадривающим.

Во взаимоотношениях алкоголики могут быть подчеркнута зависимы или, наоборот, демонстрировать свою независимость. Они впечатлительны и внушаемы, склонны к образному восприятию, неаналитическим формам мышления. (Пьяный улегся на пол. – События: «Всегда знает, когда довольно!»). Другой пример: психотерапевт говорит пациенту: «Алкоголь делает человека безразличным» – «А мне на это плевать».)

Алкоголь разрушает способность к сублимации, которая у аддиктов и без того нарушена. З. Фрейд установил, что мальчики, у которых в детстве обнаруживался и потом сохранялся конституциональный эротизм губ, во взрослом возрасте проявляли ярко выраженное желание пить и курить. К. Абрахам предположил, что употребление спиртного есть извращенная сексуальная активность больного, поскольку алкоголизм в конечном счете приводит к импотенции, на основе которой возникают идеи ревности. П. Шильдер связывал алкоголизм с анальной фиксацией и латентным гомосексуализмом, так как алкоголик обычно пьет в компании представителей своего пола, и в состоянии опьянения может происходить мужеложство. Ж. Амадо объяснял поведение алкоголика неосознанной гомосексуальной привязанностью к обожаемому отцу.

Меннингер (2000) считал, что у алкоголика гипертрофировано ожидание материнской ласки и заботы, неуверенность в себе как мужчине, страх перед женщиной и негативное отношение к ней. Он не получает от половой близости должного удовлетворения, компенсирует это демонстративной гетеросексуальностью, а затем предпочитает проводить время в мужской компании. Вычеркнув из жизни любовь к родителям, он испытывает чувство потери, которое пытается ослабить кутежами с приятелями. Саморазрушительное поведение алкоголика объясняется ранними фрустрациями и желанием отомстить родителям, которое блокируется страхом потерять их, трансформируясь в аутоагрессию.

Берн (1997) описал распространенную игру «Алкоголик». Главной целью алкоголика является попытка состоянием похмелья с самобичеванием. За этим следует психологическое вознаграждение: выпивка как приятная процедура, как утешение и бунт, как замена сексуальной и эмоциональной близости. Затем происходит ссора с женой, где на биологическом

уровне идет обмен проявлениями гнева и любви, а на экзистенциальном – подкрепляется позиция: «Все против меня». И, наконец, наступает последний акт драмы: чувства стыда и вины и не освобождающее от них прощение. Как уже упоминалось, в Драматическом треугольнике Карпмана жена или терапевт играют по отношению к больному роли Спасителя, Преследователя, Жертвы.

Клод Штайнер (2003, 2004) описывает три игры, в которые играют алкоголики: «Пьяный и гордый», «Выпивоха» и «Забулдыга». В игре «Пьяный и гордый» нет Спасителя, а Преследователь превращается в Простака, когда обнаруживает свое бессилие и глупость, согласившись поверить алкоголику «в последний раз». К психотерапевту такой алкоголик обычно приходит под конвоем жены, он ругает себя и хвалит терапевта. Когда он напивается, то празднует победу в любом случае: если терапевт будет его ругать, значит, он Преследователь, и надо пить ему назло; если он простит, то он Простак, и можно не обращать на него внимания. Выходом из игры является заключение терапевтического контракта и безусловное его соблюдение.

Игра «Выпивоха» (точнее эту игру можно было бы назвать «Искатель приключений») разыгрывается на три роли: Алкоголик, Спаситель – брачный партнер и терапевт (часто он же Простак) и Посредник (он может быть подстрекателем, собутыльником, кредитором). В этой игре алкоголику не хватает супружеской ласки, он выпивает дома и затем уходит искать сексуального партнера. В эту депрессивную игру чаще играют женщины бальзаковского возраста, которым может помочь супружеская терапия или развод.

В игре «Забулдыга» алкоголик разрушает себя, провоцируя блюстителей закона помещать его в тюрьму или врачей – в больницу. Они играют роль Посредников, от которых он получает помощь только в том случае, если окажется на грани смерти – значит, у этих людей мало сочувствия. Эта игра возможна, пока карающая и медицинская модель не сменится социально-психологической.

Во время стационарного лечения больные алкоголизмом играют в следующие игры. Игра в «гориллу», или запугивание и шантаж окружающих возможностью рецидива. Игра в «вечного клоуна» или «шутника», у которого нет проблем. Разыгрывание сумасшедшего, сопровождающееся бравированием и демонстрацией психопатологических расстройств. Проецирование на себя образа крайне хрупкого, слабого, ранимого, зависимого человека. Разыгрывание роли образцового пациента с возложением ответственности за свое излечение на врача или, наоборот, оспаривание всех правил с целью уклониться от лечения. Разыгрывание роли помощника врача по отношению к другим больным с целью избежать отношения к себе как к обычному пациенту. Поглощенность спортом, музыкой, просмотром телепередач и тому подобными занятиями, с помощью которой демонстрируются свои, отличные от общих, цели пребывания в больнице (Штайнер, 2003).

В соответствии с транзактным анализом, *Родительская позиция* личности содержит различные, зачастую противоречивые предписания авторитетных фигур детства. Эти предписания актуализируются в разных ситуациях, влияя на отношение человека к алкоголизации. *Детская позиция* относится к алкоголю с восторгом и страхом; алкогольная эйфория позволяет избавиться от многих запретов, беззаботно наслаждаться жизнью прямо сейчас. В то же время, алкоголизация может оживить ситуацию, когда пьяный напугал ребенка, или напомнить строгий запрет родителя на употребление алкоголя. *Взрослая позиция* содержит различный опыт: в малых дозах алкоголь повышает аппетит и настроение, снимает напряжение, облегчает общение; опьянение чревато различными неприятностями, а частое потребление алкоголя ведет к алкоголизму. На первом этапе опьянения обычно преобладает Ребенок, на втором – критический Родитель. В любом случае алкоголику удастся избежать Взрослой позиции со свойственной ей трезвой оценкой реальной жизни и поведения пьющего (Макаров, Макарова, 2002).

И.С. Павлов (2003) подробно описывает содержание алкогольной установки. Влечение к спиртному, которое временами обостряется и проявляется как: а) смутное влечение, б) осознанное желание и в) волевое стремление. Желание быть с другими и не отличаться от них. Подражание другим, неосознанное «заражение» от них. Общепринятость употребления спиртного в окружении. Совершение привычного ритуала. Привычный опыт самоутверждения путем пьянства, пусть даже шокируя других. Удовлетворение потребности в праздничном застолье. Появление полноты ощущений, значимости, личностного смысла происходящего. Единственный известный способ испытать душевный порыв и повысить уровень самоуважения. Защита от переживаний обиды, неполноценности, тревоги, стыда и вины. Выбор компании собутыльников в качестве авторитетной группы. Чувство долга перед собутыльниками, обязательство поддержать компанию. Сложившаяся связь алкогольного и сексуального поведения. Всеобщее двусмысленное отношение к выпивке. Алкоголизация как извращенная осознанная необходимость, как рок.

Автор выделяет основные механизмы психологической защиты у А-зависимых. *Рационализация* помогает им сохранять «лицо» («пью, потому что тонко чувствую несправедливость»). *Вытеснение* способствует игнорированию, вплоть до нелепого *отрицания*, фактов, которые противоречат алкогольным у становкам («пью не больше других»). К этой защите склонны неустойчивые и инфантильные личности. Более сложно организованную личность длительное вытеснение реальности может разрушить (Так, Есенин отказывался лечиться от алкоголизма, и в конце концов в состоянии алкогольной депрессии покончил с собой). *Проекция* позволяет приписывать вытесненные недостатки другим людям («Все плохое от них, я хороший»). *Девальвация* лишает ценности позитивные альтернативы пьянства («Всё не так, ребята!»). *Изоляция* защищает не только от неприятных переживаний, но и от позитивного эмоционального компонента жизненных ценностей, конкурирующих с пьянством. Крайняя выраженность изоляции эмоций – резонерство А-зависимых («главное – спокойствие!», «истина – в вине» и т. п.). *Всемогущество* защищает больного от признания своих малых возможностей («Все могу, только денег на водку не хватает»). *Реактивное образование* обычно проявляется в форме экстравагантной культурности, предупредительности после запоя или какого-то проступка. Во внутреннем мире подчеркнутая «уважительность» заменяет вытесненный эгоизм, в межличностных отношениях позволяет избежать критики («я тебя уважаю, ты меня уважаешь, мы оба уважаемые люди»).

☺ Человек пьет в трех случаях: когда плохо – с горя, когда хорошо – от радости, и когда все нормально – от скуки.

Раннее распознавание

Осознание своей болезни и готовность лечиться есть уже начало излечения.

М. Сервантес

К ранним признакам алкоголизма относятся: ухудшение общего состояния, жалобы на желудочные и кишечные расстройства, расстройства сна, забывчивость, ослабление потенции, тремор, судороги в икроножных мышцах, мышечные подергивания. Для быстрого раннего выявления пьянства служат следующие вопросы: Пытались ли Вы когда-нибудь бросить пить? Раздражает ли Вас, когда люди спрашивают о том, как Вы пьете? Испытываете ли Вы иногда чувство вины за то, как пьете? Похмеляетесь ли Вы иногда по утрам?

Психическую зависимость помогают обнаружить такие вопросы: Ожидаете ли Вы с нетерпением конца рабочего дня, чтобы выпить и расслабиться? Ловите ли вы себя на том, что ждете конца недели, когда можно немножко гульнуть? Замечаете ли вы, что мысль о выпивке врывается иногда в Ваше сознание в самый неподходящий момент, когда вам нужно думать о чем-то другом? Не появляется ли у Вас потребность «принять на грудь» в определенное время суток? О повышении выносливости к алкоголю судят на основании следующих вопросов: Изменилась ли ваша личная доза алкоголя, от которой вы пьянеете? Не находите ли вы, что можете пить больше других и при этом не пьянеете? Гордитесь ли вы тем, что можете выпить больше других?

Физическую зависимость можно диагностировать, если человек продолжает употреблять алкоголь в больших количествах, несмотря на одно или несколько перечисленных ниже обстоятельств. 1. Нарушение важных для него взаимоотношений (например, супружеских), произошедшее, по мнению партнера или самого пьющего, из-за пьянства. 2. Потеря работы из-за пьянства. 3. Два или более привода в милицию, связанные с употреблением алкоголя. 4. Наличие признаков ухудшения здоровья, включая алкогольный абстинентный синдром, сердечную патологию, цирроз печени, полиневрит.

Для диагностирования хронического алкоголизма необходимо выявить четыре или больше признаков из перечня в восемь пунктов: постоянные мысли об алкоголе; повышение выносливости к алкоголю; быстрое поглощение алкоголя; употребление алкоголя в одиночку; употребление алкоголя в качестве универсального лекарства; покупка алкоголя про запас; не планируемая выпивка; выпадение из памяти момента окончания выпивки.

А.И. Каменская и А.Ф. Радченко (2001) приводят перечень вопросов, на которые химически зависимый отвечает при поступлении на лечение: родительская семья, взаимоотношения в ней, наличие химической зависимости у родных. Образование, полученное пациентом и влияние употребления ПАВ на процесс получения образования. Служба в армии; употреблялись ли ПАВ во время службы; участвовал ли в военных действиях. История сексуальных и семейных отношений и влияние на них употребления ПАВ. Рабочая сфера жизни и влияние на нее употребления ПАВ. Состояние здоровья и влияние на него ПАВ. История лечения от химической зависимости. Отношение к идее Высшей Силы. Перенесенные психические травмы. Имеются ли проблемы помимо химической зависимости.

Больного обычно спрашивают, в какой форме происходит алкоголизация, постоянно или эпизодически, когда, где и с кем, в качестве допинга или «за компанию». Выясняют, сколько времени занимает поиск спиртного, его употребление, воздержание, возврат к норме. Как отражается употребление алкоголя на социальной и трудовой сфере, каким образом больной достает спиртное и сколько тратит на него, употребляет ли другие ПАВ, какие и каким образом. Часто ли пьет по утрам, бывают ли провалы в памяти. Насколько часто

близкие просили его бросить пить. Бывали ли несчастные случаи (травмы головы, переломы ребер, автомобильные аварии), драки, прогулы, попадания в вытрезвитель, милицию, какие социальные и семейные проблемы существуют у больного.

Н. Пезешкиан (1996) предлагает аддикту, обратившемуся за помощью, следующий опросник.

1. Опасаетесь ли вы выглядеть «белой вороной» или «нарушающим правила», если вы не пьете или не курите? Приходят ли вам на память еще какие-нибудь пословицы и крылатые выражения по поводу употребления алкоголя или курения? Что это за пословицы?

2. Знакомы ли вы с программой, обучающей постепенному отказу от курения?

3. Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства? Знаете ли вы, как они действуют, чего вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?

4. Вы пьете или курите по причинам, связанным с работой?

5. Опасаетесь ли вы потерять работу и утратить ваше социальное положение?

6. Вы скрываетесь от своих профессиональных проблем в «синий дым» или в алкоголь? О каких микротравмирующих актуальных особенностях идет речь: аккуратность/неряшливость; пунктуальность/ неточность; справедливость/несправедливость и т. д.?

7. Вы пьете, чтобы уменьшить свои заботы, страхи и трудности, чтобы поднять себе настроение? Что является причиной вашего плохого настроения? Является ли общество причиной того, что вы пьете? Считаете ли вы, что повысится ваш авторитет, если вы много выпьете? Пьете ли вы, чтобы улучшить настроение или скрасить скуку?

8. Становитесь ли вы «взрослее» или «сильнее» в своих глазах, если Вы много выпиваете? Повышается ли от этого ваша самооценка?

9. Видите ли вы смысл в своей жизни? В каких сферах? Способствует ли алкоголь погружению в более счастливый мир, тепло, защищенность и уверенность?

10. Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом); можете ли вы увидеть смысл в болезни и смерти; как вы относитесь к жизни после смерти?

11. Можете ли вы воспринимать свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы: тело/ощущения; профессия/деятельность, контакты; фантазия/будущее?

☺ – Доктор, у меня последнее время постоянно дрожат руки.

– Вы пьете?

– Если вы будете так любезны, то с большим удовольствием.

Этапы психотерапии

Вы отнимаете у пьяницы самое дорогое, что у него есть, что дороже семьи, работы и привязанностей, а что вы можете дать ему взамен?

П.Б. Ганнушкин

Реже всего А-зависимый обращается к наркологу с целью превратиться в трезвенника. Обычно у больного другие установки: прервать запой, отдохнуть от пьянства, улучшить самочувствие и настроение, «откупиться» пребыванием в больнице от недовольных им родственников, выйти с помощью врача из трудной ситуации. Как правило, решение о «сдаче» принимается импульсивно, вынужденно, в стационаре больной «отдается» на волю врача, демонстрирует послушание, стремится получить поблажки и льготы, при этом пассивно сопротивляется лечению, в которое не верит и которого на самом деле не хочет.

Главная задача медикаментозного лечения заключается в том, чтобы как можно дольше поддерживать состояние абсолютной трезвости; это время необходимо для проведения социально-психологической перестройки А-зависимого. Лечение начинается с купирования похмельного синдрома. Назначают постельный режим, седуксен, восполняют дефицит жидкости, витаминов группы В и фолиевой кислоты. При недостаточном эффекте и нарастании психотических расстройств повышают дозы седуксена, добавляют нейролептики, а при необходимости и противосудорожные средства или антидепрессанты в комбинации с ноотропами. Для снятия похмельных явлений, а также нормализации АД (артериального давления) применяют пирроксан или резерпин. Патологическое влечение к алкоголю снижают с помощью лития, налтрексона, финлепсина и нейролептиков.

В 40-х гг. при изготовлении резины использовали антабус и заметили, что рабочие предприятия пьют меньше обычного. Оказалось, что антабус связывает фермент оксидоредуктазу, которая участвует в распаде алкоголя. В результате распад останавливается на уровне альдегида, накопление которого вызывает покраснение лица, сердцебиение, тошноту и рвоту, головную боль и одышку. В настоящее время препараты антабуса широко применяются для облегчения перехода А-зависимых к трезвому образу жизни. Используют также пищевые добавки: сиренити (повышает уровень серотонина днем и мелатонина ночью, естественное снотворное и безопасный антидепрессант); реворд (регулирует работу щитовидной железы, облегчает явления абстиненции); брейн бустен (аминокислота L-тирозин, предшественник нейромедиатора дофамина, активизирует тормозные системы мозга).

И.С. Павлов (2003) описывает особенности терапии А-зависимых, связанные с типом их личности. *Эпилептоидным больным*, отличающимся крайней обидчивостью, вспыльчивостью и злопамятностью, врач должен демонстрировать свое уважение, признавать такие его положительные качества, как стойкость, постоянство взглядов и желаний, но обращать внимание на то, что они могут вредить больному, включаясь в его алкогольное поведение. Важно использовать самолюбие больного, подчеркивая при этом, что люди судят о больном не по тому, каким он старается себя показать, а по его поступкам. С учетом склонности больных к резонерству и эгоцентризму корригирующие формулы внушения должны быть логично убедительными, а выводы из этих внушений – насыщенно эмоциональными.

Эмоционально лабильные больные проявляют черты инфантильности, они обидчивы, конфликтны, демонстративны, достаточно умны и избирательно внушаемы. Большое впечатление производит на них групповая беседа об алкогольной деградации личности. Их удастся убедить, что механизм болезни действует независимо от дозы и частоты приема алкоголя. В гипнозе используются образные, эмоционально насыщенные формулы внушения,

которые имеют логичный, доказательный характер и подчеркивают трагичность заболевания. В поддерживающих беседах актуализируется осознание больным своего заболевания, подкрепляются опасения его пагубного влияния.

Синтонные больные – поверхностно общительные, остроумные, быстро, но поверхностно увлекающиеся; они обладают такими полезными для терапии качествами, как способность к искреннему раскаянию, нежелание причинять горе родным и близким. Важно выработать у этих больных четкое понимание, что собутыльники ценят их в основном как источник увеселения. Следует обратить также внимание больного на недооценку им определенных важных моментов его жизни. С помощью наводящих вопросов больному дают почувствовать, как тягостно его поведение для жены и детей. Чтобы предотвратить характерную для этих личностей депрессивную реакцию во время осознания болезни, необходимо сразу же приступить к выработке стратегии выхода из создавшейся ситуации и включить пациента в терапевтическую группу.

Неустойчивые *ювенильные больные* легко внушаемы, что облегчает суггестивную терапию, однако приводит к быстрому срыву под влиянием собутыльников. Необходимо формировать у них на повторных сеансах гипноза избирательную внушаемость, императивно подчеркивая, что в ситуациях соблазна они будут слушать собственную гордость и голоса близких, а не иные авторитеты. Также следует повторять сеансы выработки тошнотно-рвотной реакции на алкоголь, избегая морализации при очередном срыве и учитывая его обстоятельства при проведении внушения.

Астенические алкоголики застенчивы, легко ранимы, быстро истощаются, демонстрируют истерические реакции. Часто они скрывают нежность и хрупкость своего внутреннего мира за искусственной развязностью, показной заносчивостью и холодностью. Искреннее сочувствие и уважение помогает установить с этими больными тесный терапевтический контакт. Важно показывать им, как приятны окружающим людям их душевные свойства, которых они стеснялись, поощрять их активное поведение в группе. В процессе гипнотерапии следует внушать им уверенность в себе, способность переносить насмешки бывших собутыльников по поводу их отказа от алкоголя. Родственникам больного надо указать на его особую чувствительность ко всякой неискренности, неуважению и недоверию.

В.А. Рязанцев (1983) приводит показания к различным формам психотерапии А-зависимых.

1. Рациональная психотерапия (разъяснение, убеждение, обоснованные предписания и др.) показана: а) лицам, не осознающим свое заболевание; б) больным, у которых поводом к алкоголизации явилась психотравма («обиженные», разочарованные); в) скептически относящимся к лечению («маловеры» с хорошо развитым интеллектом); г) личностям с комплексом неполноценности (трудно адаптирующиеся, неудачники, несостоявшиеся карьеристы, потерявшие семью и др.).

2. Директивная (императивная) психотерапия показана: а) неспособным к рефлексии; б) нетребовательным, без особых претензий личностям; в) легко подчиняющимся постороннему влиянию, инфантильным; г) подчиняющимся приказам (конформные исполнители, «дети среды», «солдаты жизни», «люди приказа»).

3. Социальная психотерапия показана: а) нуждающимся в изменении социального положения (перемене профессии, места работы, жительства, изменении семейных и производственных отношений); б) нуждающимся в изменении микросреды (круга знакомств); в) нуждающимся в активной общественной деятельности (ищущие признания, «общественные лидеры»).

4. Опосредованная психотерапия (с помощью общеукрепляющих препаратов, антабуса и его пролонгов, поддерживающей психотерапии) показана: а) доверчивым, мягким, легко внушаемым, боязливым;

б) «инфантильным маловеерам», «педантам» с тревожно-боязливым складом характера; в) нуждающимся в «психологических костылях», водительстве, «химической изоляции» («чтобы что-то было»).

5. Психологическая терапия показана нуждающимся: а) в самовоспитании; б) в педагогической коррекции; в) в самоусовершенствовании (учеба, повышение квалификации; расширение кругозора и пр.);

в) в отвлечении, переключении направленности (освоение ремесел, увлечение творчеством и т. д.).

А.Е. Айвазова (2003) выделяет пять уровней выздоровления. 1-й – физический, требующий воздержания и вызывающий эффект «сухого похмелья», из-за которого непьющий становится еще менее уживчивым, чем когда употреблял алкоголь. 2-й уровень – умственный, доступный лишь тем, кто еще в состоянии осознать психические механизмы болезни. На 3-м уровне – моральном – необходимо взять на себя ответственность за свою жизнь и свое выздоровление. 4-й уровень – эмоциональный – предполагает работу с чувствами и поиск новых источников радости. 5-й уровень – духовный, помогает открыть цель и смысл своей жизни.

О.Ф. Ерышев с соавторами (2002) описывает четыре этапа психотерапии А-зависимых. 1. Подготовка к активному лечению. Устанавливается контакт, формируется мотивация к лечению. 2. Активная антиалкогольная терапия в период становления ремиссии. Вырабатывается установка на трезвость, достигается понимание и принятие факта зависимости от алкоголя, корректируются нарушения личности и модели поведения, поддерживающие алкогольную зависимость. 3. Поддерживающая терапия в период стабилизации ремиссии. Осуществляется поддержание личностной и социально-психологической компенсации. 4. Терапия личностных расстройств в период сформировавшейся ремиссии (по показаниям). Корректируются индивидуальные особенности личности, затрудняющие ее актуализацию.

Первый этап психотерапии. Еще Вильям Джемс, великий американский психолог XIX века, отмечал, что для алкоголика признание себя таковым служит «спасительным моральным свершением». Однако на практике эта задача оказывается одной из самых трудных.

Сельвини Палаццоли с соавторами (2002) подчеркивает, что аддикт испытывает потребность бороться с объектом своей аддикции. При этом воздержание выглядит как уклонение от борьбы и поражение, а запой как борьба, из которой он выходит живым, а значит – победителем. Игра со смертью может продолжаться до тех пор, пока аддикт не сдастся и не обратится за помощью. С помогающим объектом (врачом, сообществом Анонимных Алкоголиков) он снова меряется силами, отрицая необходимость зависеть от кого-то. «Раз вы называете меня неисправимым алкоголиком, я докажу, что я сильнее и вас, и бутылки, и буду бывшим алкоголиком».

К специалисту обычно обращается член семьи аддикта, и прежде всего следует выяснить у него ряд моментов. Какова природа актуального кризиса? Каково эмоциональное состояние семьи на данный момент? Какова история или сценарий употребления, включая периоды трезвости? Какова история предшествующего лечения, попыток вмешательства со стороны семьи? Какова степень пособничества и созависимого поведения в семье?

Вернон Джонсон (2002) разработал метод «прямого вмешательства», предполагающий конфронтацию с пациентом, больным алкоголизмом, с помощью его ближайшего окружения и включающий семь этапов: 1) инициатор терапии избавляется от чувства вины за «вынесение сора из избы» и от страха перед реакцией больного; сообщает терапевту о клинике заболевания, его медицинских, психологических и социальных последствиях; помогает терапевту составить список потенциальных участников «коллектива вмешательства» и затем просит их о сотрудничестве; 2) терапевт организует встречу коллектива, рассказывает

о природе алкоголизма, анозогнозии, подчеркивает, что больной не будет искать помощи и не сможет самостоятельно бросить пить, предсказывает его будущее, объясняет необходимость коллективного вмешательства; 3) проблема «Как мы можем изменить алкоголика?» заменяется на «Как мы можем изменить себя и свои отношения с пациентом таким образом, чтобы мы были довольны им?»; 4) участники команды сообщаотреагируют накопившиеся негативные чувства к пациенту, прорабатывают свои переживания и готовятся пойти на риск конфронтации; 5) каждый член команды составляет список алкогольных эксцессов, свидетелем которых он был и из-за которых у больного возникали проблемы; участники обмениваются своими списками и обсуждают их. Терапевт помогает сформулировать высказывания, входящие в список, таким образом, чтобы они содержали точное описание событий, поведения больного, отношения участника к употреблению алкоголя, выражение его собственных чувств по этому поводу, пожеланий или положительного отношения к больному; 6) выбираются лечебные учреждения или общества АА (Анонимных Алкоголиков), которые будут предложены больному. Намечается время вмешательства (когда у больного возникает очередная кризисная ситуация) и место (в кафе или другом нейтральном месте в присутствии терапевта); 7) больной приглашается на встречу, члены «коллектива вмешательства» зачитывают друг за другом свои списки и сталкивают больного с его реальностью. Под влиянием массы фактов, единодушного выражения озабоченности и симпатии больной соглашается с требованиями немедленно включиться в предлагаемое антиалкогольное лечение, выбрав из нескольких вариантов тот, который наиболее его устраивает.

Во время предварительной подготовки терапевт следит, чтобы участники команды не допускали обычных ошибок. Они могут быть следующими: участник говорит за другого или о том, чего сам не видел; навязывает свое мнение, а не ищет истину; перемешивает факты и собственные комментарии, домыслы; высказывает угрозы, которые не собирается осуществлять.

При поступлении пациента в лечебный центр с ним заключается контракт, который подписывает также и родственник, оплачивающий лечение. В контракте пациент должен дать согласие на лечение и сотрудничество с персоналом в осуществлении действий, направленных на его выздоровление. Лечение может быть прервано пациентом по его желанию или директором лечебной программы в ряде случаев: при нарушении больным внутренних правил пребывания пациентов, саботаже лечения со стороны пациента, невозможности проведения психотерапевтических мероприятий по состоянию физического здоровья больного и пр. Перед поступлением в лечебное учреждение пациента необходимо ознакомить с методами лечения и правилами внутреннего распорядка.

Клод Штайнер приводит образец заключения амбулаторного контракта в транзактном анализе:

«Вы будете посещать групповую терапию раз в неделю и, возможно, изредка – индивидуальные сессии. Я буду рассчитывать на то, что вы как можно скорее прекратите пить, а также будете продолжать воздерживаться от спиртного как минимум, год, поскольку из своего опыта я знаю, что те, кто не сумел в течение года поддерживать трезвый образ жизни, как правило, так и не излечиваются от алкоголизма. Если вы в течение года будете воздерживаться от употребления алкоголя, проходя при этом терапию, то, возможно, вас удастся вылечить, т. е. вы снова сможете контролировать количество выпитого в такой степени, что потребление спиртного больше не будет для вас проблемой. Это лечение предполагает, что вы будете не только соблюдать трезвость, но и проявлять свою активность в отношении любого другого состояния дел, которые могут способствовать вашему излечению. Я, как терапевт, буду направлять вас, но ответственность за ваши действия

всегда несете вы сами. Я смогу встречаться с вами по понедельникам в 10 часов утра».

(Штайнер, 2003, с. 204–205)

Становление ремиссии. В отношениях с больными следует учитывать их тенденцию ставить терапевта в позицию легкомысленной фамильярности (Скрытый собутыльник) или полной ответственности за результат лечения (Спаситель). Необходимо выявить все проявления тенденции к саморазрушению, обратить особое внимание на половую жизнь больного, использовать реалистические предсказания, которые, сбываясь, повышают доверие к компетентности терапевта.

Как указывает О.Ф. Ерышев с соавторами (2002), специфической трудностью терапии является анозогнозия – отрицание больным наличия у себя алкогольной зависимости. После преодоления анозогнозии терапия вступает во вторую фазу – отрицания каких-либо проблем, кроме алкоголизма. С целью преодоления анозогнозии авторы используют механизм проекции, который помогает пациенту идентифицировать себя с другими больными и назвать себя «алкоголиком». После первой, обычно негативной реакции такой ярлык на первом этапе терапии оказывает на больного положительное воздействие, так как предоставляет ему удобную объяснительную систему событий прошлого и четко определяет возможные перспективы будущего, показывает, какие действия необходимы для того, чтобы в жизни произошли желаемые изменения.

Создавая целостные образы, психотерапевт стремится изменить типичное для больного убеждение «Я пью потому, что у меня тяжелая жизнь» на формулу: «У меня тяжелая жизнь потому, что я пью». С помощью проективных рисунков, групповых дискуссий, во время встреч с бывшими пациентами психотерапевт добивается того, чтобы больной с привычной для него категоричностью четко разграничил два стиля жизни: «Когда я пил» и «Теперь, когда я не пью». Это помогает принять новую самоидентификацию – «непьющего алкоголика». Смена идентификации проходит следующие стадии: я – алкоголик; у меня есть болезнь – алкоголизм; алкоголизм лишает меня свободы, управляет моей жизнью; алкоголизм – только часть меня, он не захватил меня полностью; алкоголизм – мой враг, я хочу справиться с ним; я знаю, как справиться с алкоголизмом; я – непьющий алкоголик, и в этом есть свои преимущества.

Для снижения патологического влечения к алкоголю и профилактики рецидивов используют аверсивную и суггестивную терапию, тренинг самоконтроля с применением биологической обратной связи, обучение альтернативному поведению, ситуационный тренинг, гештальттерапию, позитивную терапию и пр.

Аверсивная терапия (условно-рефлекторная терапия, УРТ) построена на вызывании отвращения к алкоголю с помощью выработки отрицательного условного рефлекса на его вид, запах и даже словесное обозначение. Тошнотно-рвотная реакция достигается путем приема алкоголя в сочетании с препаратами, вызывающими рвоту (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.).

Суггестивная терапия включает гипнотерапию, аутотренинг, прогрессивную мышечную релаксацию, нейролингвистическое программирование, медитации. При этом используют склонность пациентов к образному восприятию, впечатлительность и повышенную внушаемость. В своей практике перед проведением гипносуггестивной терапии я выяснял, какие запахи и вкусовые ощущения наиболее неприятны больному, и затем включал их в следующую формулу внушения.

«Запах спиртного вам неприятен. Он напоминает вам запах... Когда вы ощущаете запах спиртного, вы чувствуете... Если вы сделаете глоток спиртного, во рту появится вкус... Когда спиртное попадает в горло,

оно вызывает у вас чувство жжения. Спиртное обжигает, его невозможно проглотить. От него начинается спазм в горле, еще немного – и можно подавиться. Алкоголь разрушал ваш желудок, печень, сердце. Из-за пьянства вы превратились в больного человека. Алкоголь отравлял ваш мозг, разрушал ваши нервы, ослаблял волю, превращал вас в алкоголика. Теперь вам противно тянуть из этой бутылки с отравой.

Вам стыдно быть похожим на ребенка с соской. Вы легко можете обойтись без водки, вина, пива и других спиртных напитков. Ваше решение бросить пить твердое и окончательное. Вы чувствуете себя достаточно сильным, уверенным, самостоятельным человеком, чтобы выполнить свое решение. Вам легко поступать так, как подсказывает ваш разум. Вид пьющего человека с бутылкой, стаканом спиртного теперь оставляет вас равнодушным. Вы спокойно проходите мимо винных магазинов. Вы теперь непьющий, и это наполняет вас радостью и гордостью».

Аутогенная тренировка (АТ) помогает пациентам снимать характерное для них внутреннее напряжение, не прибегая к алкоголю. Однако из-за неспособности к длительному волевому усилию А-зависимые обычно не могут освоить стандартный курс АТ, быстро прекращают самостоятельные занятия. Поэтому состояние релаксации используется в терапии для проигрывания в воображении ситуаций, представляющих угрозу рецидива, с моделированием навыков совладания с подобными ситуациями.

Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону помогает больным овладеть навыками психофизической регуляции, что способствует облегчению аффективного и поведенческого самоконтроля. В состоянии релаксации, как и в АТ, используются формулы самовнушения для репетиции уверенного поведения в проблемных ситуациях. Можно предложить больному тренироваться самостоятельно под аудиозапись в промежутках между сеансами (Пезешкиан, 1996, с. 449–451).

С.В. Ковалев (2001) описывает технику **нейролингвистической терапии**, применяемую для лечения химически зависимых. 1. Попросите пациента сесть поудобнее и вспомнить ситуацию, в которой ему страстно хотелось принять ПАВ. 2. Предложите ему почувствовать себя в этой ситуации, и когда его ощущения достигнут пика, кивнуть вам. 3. Сразу после кивка на несколько секунд положите свою руку на колено (кисть руки, плечо) пациента. Повторите 2-й и 3-й пункты 5–7 раз, запоминая выражение лица, направление взгляда, позу и характер дыхания клиента в момент переживания им пика ощущений. 4. Для проверки прикоснитесь к месту постановки якоря: должны появиться обнаруженные в п. 3 проявления. 5. Пересадите клиента на другой стул (первый мог стать якорем влечения к ПАВ). Попросите его вспомнить ситуацию, в которой он страстно хотел трезвой жизни. Поставьте якорь на другом колене (кисти, плече), запомните проявления трезвой идентичности и проверьте второй якорь. 6. Одновременно нажмите на оба якоря и держите их до тех пор, пока не произойдет «соединение» идентичностей. При этом возникшая вначале асимметрия лица исчезает, пациент делает глубокий вдох или выдох, расслабляется. 7. Возникшее трансовое состояние используйте для внушения: «Ты сможешь найти такие варианты и способы поведения, которые будут удовлетворять тебя в такой же степени, как и наркотик».

Добиться стабильной ремиссии на этом этапе помогает изменение межличностных стереотипов и образа жизни, связанного с ними. В начале ремиссии обычно фрустрируются те потребности, которые раньше удовлетворялись с помощью алкоголизации. Чем больше потребностей было включено в эту схему, тем сильнее психическая зависимость и тем труднее происходит реадaptация больного к трезвости. Поэтому важно помочь А-зависимому найти «безалкогольные» способы удовлетворения потребностей.

На данном этапе терапии выделяют следующие проблемы: нарушенная самооценка, чувство вины; при этом следует различать реальную виновность и генерализованное чувство вины, неполноценности. Избегание ответственности за свое поведение или, наоборот, взятие ответственности за свое благополучие и благополучие своих близких на себя одного. Ощущение изолированности от окружающих, отношения с которыми за время болезни стали поверхностными, манипулятивными. Больной не представляет себе общения, компании без употребления алкоголя. «Алкогольный» стереотип семейных отношений, при котором алкоголизация, рецидивы болезни являются закономерным звеном «порочного круга» отношений в семье. Аффективные расстройства и высокая тревожность как черта личности, что требует улучшения стиля общения и повышения значимости интересной деятельности (Ерышев и др., 2002).

Поттер-Эфрон (2002) описывает аддиктивную схему «стыд – пьяное бесстыдство – еще больший стыд – усугубление пьянства» и дает следующие рекомендации для работы с чувством стыда у алкоголиков и наркоманов. Помогите клиенту осознать, что ПАВ был средством избавления от стыда. Помогите клиенту понять, как употребление ПАВ усугубляло чувство стыда. Клиент должен понять, что он может справиться с чувством стыда и без употребления ПАВ. Клиенту необходимо научиться справляться со стыдом, вызываемым его ощущением собственного бессилия. Клиент может нуждаться в помощи для раскрытия своего положения другим. Клиенту может быть необходимо поощрение его вхождения в группу равных, не стыдящих его. Помогите клиенту распознать и изменить поведение «сухого пьяницы», отражающее его стыд. Помогите «сорвавшемуся» клиенту распознать его стыд, чтобы он мог возвратиться в сообщество выздоравливающих.

Такая же аддиктивная схема существует и относительно чувства вины перед окружающими. Рекомендации автора по работе с виной таковы. Не наказывай клиента сам, но поддержи естественные последствия безответственного поведения и появление рационального чувства вины. Допусти, что клиент готов следовать общепринятым моральным стандартам, укажи на противоречия между этими стандартами и его актуальным поведением. Помогите клиенту понять, что употребление ПАВ стало средством защиты от чувства вины. Проинформируй клиента, что он или она может уменьшить чувство вины, прекратив употреблять ПАВ. Подтолкни клиента к формированию морально ответственного стиля жизни, который позволит минимизировать чувство вины, испытываемое им в трезвом состоянии. Помогите предотвратить срыв, предвидя чрезмерное чувство вины, сопровождающее начальную стадию трезвости. Подтолкни выздоравливающего к возмещению ущерба, нанесенного им близким, как части процесса полного выздоровления. Побуди клиента производить регулярный пересмотр его ценностей и выборов, чтобы поддержать его решимость отказаться от употребления алкоголя.

Поддерживающая терапия заключается в адаптации больного к трезвому образу жизни, помощи в установлении новых отношений в семье, на работе, в общении с друзьями, выработке нового стереотипа проведения досуга. Этот этап терапии совпадает по времени с периодом стабилизации ремиссии, которая может прерываться рецидивами болезни. Последние связаны со следующими факторами: 1) недостаточность компенсаторных возможностей, ригидность «алкогольных» стереотипов поведения, препятствующих адаптации к трезвой жизни; 2) состояние эйфории, необычайной уверенности в своей вновь обретенной трезвости, переоценка своих возможностей; 3) отсутствие необходимого понимания и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, сослуживцев и 4) недостаточность и неустойчивость собственной мотивации пациента.

Когда А-зависимый в результате лечения прекращает пить, он испытывает эйфорию и уверен, что справится со всеми своими проблемами, хотя существенного изменения отношения к употреблению алкоголя еще не произошло. Необходимо заранее предупредить боль-

ного о возможности переоценки им своих сил, а возникший срыв использовать для того, чтобы он смог осознать, что еще не научился выходить из стресса без алкоголя. Дальнейшая работа заключается в выработке новых способов решения проблем, при этом в фантазиях и снах больного обнаруживается сохраняющееся влечение к алкоголю. Эта работа обычно занимает 6–12 месяцев, она также включает в себя исследование чувств, внутренних и межличностных конфликтов, коррекцию заблуждения, что выпивать «понемногу» можно. Поддерживающая терапия проводится в различных формах: индивидуальной, супружеской, семейной, групповой (группы поддержки, клубы бывших пациентов при лечебных центрах, сообщества Анонимных Алкоголиков).

Терапевтическая программа для молодых А-зависимых предполагает сочетание когнитивно-поведенческого вмешательства с социальным научением и моделированием поведения. Пациентам предоставляют информацию об алкоголе, помогают выработать стратегии совладания с ситуациями, связанными с повышенным риском его употребления, осуществляют модификацию когний и ожиданий, обучают навыкам преодоления стресса.

Психотерапия личностных расстройств начинается только после 1–2 лет соблюдения полной трезвости, чтобы избежать повышения уровня тревоги, которое могло бы спровоцировать рецидив. Мишенями терапии становятся такие особенности А-зависимых, как внутренняя напряженность, импульсивность, категоричность, ригидность установок и нетерпимость к окружающим, различные формы аддиктивного поведения, недостаточное осознание собственных чувств и побуждений, особое отношение к алкоголю (борьба с пьянством или спаивание других). Когда указанные личностные защиты становятся недостаточными, у больного нарастает чувство тревоги, неудовлетворенности, появляются дополнительные личностные проблемы, которые побуждают его возобновить психотерапию. Она совмещается с терапией личностных расстройств и неврозов и направлена на развитие личности, формирование более открытых, гибких отношений с окружающими, осознание и принятие пациентом себя и своих потребностей. Применяются такие формы терапии, как личностно-ориентированная, поведенческая, гештальттерапия, психодрама, динамическая психотерапия.

А. Гребенюк (1999б) систематизировал психологические феномены, затрудняющие психотерапию аддиктов: диссимуляция (сокрытие или отрицание болезни), тотемическое мышление (наделение ПАВ и врача магической силой), диссоциация, опасное любопытство, иррациональная логика (оправдывающая потребление ПАВ), синестезия (синтез ощущений и эмоций, образов и мыслей, связанных с состоянием опьянения), искаженное понимание других. В соответствии с приведенными феноменами, автор строит свою терапевтическую программу на следующих принципах: а) осознание психической картины опьянения, б) формирование полярных личностных конструкторов «трезвость – опьянение», в) коррекция пространственно-временных отношений индивидуального сознания, г) закрепление мотива трезвого образа жизни в качестве смыслообразующего. Программа включает индивидуальную, семейную и групповую формы психотерапии и осуществляется поэтапно.

1. Подготовительный этап: сеанс рациональной терапии с участием пациентов и членов их семей. Специалист рассказывает о клинике, течении и патогенезе химической зависимости. При преобладании у больного синестезического образного мышления ему рекомендуют курс условно-рефлекторной терапии. В конце подготовительного этапа с больным и его родственниками заключают индивидуальный терапевтический договор.

2. Этап ролевых игр.

• «Шахматная доска». Больной играет роль шахматного короля, который попал в трудное положение. Он обозначает своих значимых других шахматными фигурами и просит их о помощи.

- «Волшебная лавка» позволяет больному и членам его семьи осознать свои роли и потребности в патологических взаимодействиях, предполагающих потребление ПАВ. Психолог раскладывает на столе карточки, на которых написаны позитивные черты характера и ценности. «Покупатель» обменивает на них не устраивающие его в себе качества.

- «Запретный плод». Группа усаживается в круг, терапевт бросает на середину бумажку и запрещает ее поднимать. Затем терапевт вместе с группой начинает уговаривать каждого по очереди поднять бумажку, ассоциируя ее с ПАВ и подражая собутыльнику или продавцу наркотика. Если больной поднимает бумажку, терапевт лишает его Воли, роль которой начинает играть дублер. Игра повторяется, дублер вслух отказывается поддаться уговорам. В заключение все члены группы принимают обязательство отказаться от роли безвольного человека.

- «Барьеры» представлены двумя наборами карточек. Первый набор представляет типичные ситуации, вызывающие срыв у больного в ремиссии. Второй набор описывает поведение значимых других, которое может спровоцировать такой срыв. Вначале терапевт обсуждает с больным его реакции на провоцирующие ситуации в будущем, затем с членами семьи – ситуации, в которых они могут подталкивать больного к срыву (например, отказ жены давать мужу карманные деньги).

3. Завершающий этап проводится в форме индивидуальной терапии. Преодолевается тотемическое отношение больного к психической картине опьянения. С этой целью применяется нейролингвистическое программирование. Для создания положительной терапевтической перспективы используется техника психорисунка. Больной рисует две серии последовательных картин своей будущей жизни, начиная от сегодняшнего дня: пьяной и трезвой. Первая серия рисунков размещается под углом вниз, вторая – вверх.

☺ – Причина вашей болезни – алкоголь.

– Спасибо, доктор! Вы первый человек, который не сваливает всю вину на меня.

Семейная терапия

Семейная терапия показана при желании больного и членов его семьи сохранить семью, при наличии семейных конфликтов, выраженных невротических проявлениях у членов семьи, недостатке правильных представлений об алкоголизме и неадекватном поведении с больным (созависимом, безразличном, манипулятивном). Выделено три типа семей, в которых есть больные алкоголизмом, требующих разной тактики семейной терапии: 1) семьи с ранее доброжелательными отношениями без нарушения системы семейного взаимодействия после разрешения конфликта, связанного с алкоголизмом. Психотерапия таких семей направлена на закрепление установок больного к трезвости и повышение уверенности жены в возможности длительной ремиссии у мужа;

2) семьи с ранее доброжелательными отношениями, но с нарушением системы семейного взаимодействия, обусловленным последствиями алкоголизма. Эти семьи нуждаются в целенаправленной психокоррекционной работе по устранению конфликтов, связанных с последствиями алкоголизации;

3) семьи, в которых конфликтные отношения и разногласия по основным аспектам семейной жизни обострились после ослабления или разрешения алкогольного конфликта. Таким семьям показана реконструкция всей системы взаимодействий для улучшения психологического климата в семье.

В семейной терапии важно учитывать позицию значимых других, которые могут быть включены в игру «Алкоголик» по Берну. Близким следует отказаться от ролей Преследователя, Спасителя или Жертвы, перестать избегать подлинной близости (жене – в том числе и сексуальной). Необходимо быть готовым к тому, что в семье переставшего пить больного вскоре образуется пустота, которую раньше заполняла игра «Алкоголик». В это время семья оказывает на больного неосознанное давление с целью возобновить прежнюю игру, поэтому терапевт должен заранее разработать программу содержательного времяпровождения не только для пациента, но и для его семьи. Полезно дать родственникам больного памятку (Штайнер, 2004, с. 118–120), текст которой мы приводим на стр. 80.

Т.Г. Рыбакова (Ерышев, Рыбакова, Шабанов, 2002) отмечает, что у жен А-зависимых присутствует склонность к эмоциональной неустойчивости, несовпадение вербальных и невербальных компонентов отношения к мужу. Так, на вербальном уровне жена воспринимает трезвого мужа как игнорирующего ее, характеризует его как скучного и слабого. На эмоциональном уровне она воспринимает мужа, находящегося в состоянии алкогольного опьянения, как сильного, неожиданного, яркого, сексуально привлекательного мужчину. В период терапевтической ремиссии жена, привыкнув единолично решать все семейные проблемы, не решается делить их с мужем. Он, в свою очередь, занят в основном реабилитацией по месту работы и сводит свои семейные обязанности к минимуму, что вызывает недовольство жены. В результате в семье нарастает эмоциональное напряжение, приводящее к оживлению влечения к алкоголю.

Разработанная автором программа семейной терапии больных алкоголизмом сочетает в себе принципы личностно-ориентированной и когнитивно-поведенческой психотерапии и предусматривает последовательное решение следующих задач: семейная диагностика, формирование готовности к сотрудничеству с врачом и привлечение к лечению больного членов его семьи. Повышение информированности семьи по проблеме алкоголизма, выработка правильных представлений о болезни. Разрешение конфликта, связанного с пьянством, и формирование у больного установки на трезвость. Коррекция ролевых отношений, лечение невротических расстройств и созависимости членов семьи. Обучение членов семьи адекватным способам реагирования и поведения. Разрешение текущих семейных конфликтов и закреп-

пление установки больного на трезвость в ремиссии. Реконструкция всех дисфункциональных семейных отношений.

Памятка родственникам больного

Если алкоголик отверг три или более совета, вы занимаетесь Спасением. Дайте один или два и посмотрите, будут ли они приняты. Если нет, перестаньте давать советы. Не отнимайте спиртное, не выливайте его и не пытайтесь опустошить тайники, если только вас не попросит об этом сам алкоголик. И наоборот, никогда не покупайте алкоголику спиртные напитки, не приготавливайте их для него, не подавайте и не предлагайте ему алкоголь. Не вступайте в затяжные разговоры об алкоголизме и связанных с ним проблемах в тот момент, когда человек пьян или выпивает. Ваши слова будут пустой тратой времени и сил, скорее всего, алкоголик полностью их забудет. Никогда не одалживайте денег пьющему алкоголику. Не разрешайте пьяному алкоголику являться в ваш дом или, что еще хуже, пить в вашем доме. Вместо этого по возможности ласково и участливо попросите его прийти снова, когда он будет трезв. Если алкоголик не принимает активного участия в борьбе со своим алкоголизмом, никогда не выполняйте его поручений, не делайте за него работу по дому, не подвозите его на машине и не доставляйте ему покупок. Не совершайте распространенную ошибку, говоря: «Он такой замечательный, когда трезвый». Даже если он и приносит в семью деньги, пропивает он гораздо больше. Свободно высказывайте чувства, которые вызывает у вас пьянство алкоголика, свои пожелания в связи с этим. Не ожидайте от него благодарности за свою откровенность или немедленных изменений. Скорее вы услышите шквал самооправданий и упреков в ваш адрес. Однако ваша стойкость может быть принята всерьез и оценена по достоинству. Не делайте для алкоголика ничего, что противоречило бы вашим желаниям. Плохо уже то, что вы добровольно совершаете одну из упомянутых ошибок. Совершая их еще и вопреки своим намерениям, вы усугубляете положение и способствуете будущему Преследованию. Ни в коем случае не считайте алкоголика безнадежным. Когда вы видите подлинный интерес и усилия с его стороны, предлагайте свою помощь. Однако не проявляйте излишнего рвения, делайте только то, что вам хочется, не беря на себя чужую ответственность.

Групповые занятия с женами пациентов проводятся параллельно с групповой терапией больных в течение 1,5–3 месяцев еженедельно по вечерам. Основным методом работы является свободная дискуссия на темы алкоголизма как болезни, предвестников рецидива и т. п. На этапе стабилизации ремиссии пациенты и их жены объединяются в группы супружеских пар для разрешения конфликтов, вызванных пьянством. Первые три месяца группы занимают один раз в неделю, затем два раза в месяц, а через 6–9 месяцев – один раз в месяц. Занятия группы начинаются с самоотчетов, при этом учитывается как отношение больных к своей болезни и поддерживающей терапии, так и проблемы формирования новых взаимоотношений в семье. Особое внимание обращается на способность супругов чувствовать душевное состояние друг друга, на умение поставить себя на место супруга в трудных ситуациях. С этой целью применяются различные невербальные методики, ролевые игры, позволяющие выявить возникающие у членов группы проблемы и найти способы их решения. Разыгрываются типичные проблемные ситуации: прием гостей, встреча с бывшими собу-

тыльниками, позднее возвращение домой и т. п. Обмен супругов разыгрываемыми ролями приводит к росту эмпатии и к пониманию мотивов поведения друг друга. На более поздних этапах существования группы возможны элементы клубной работы: организация совместного досуга, обсуждение кинофильмов и книг, совместное проведение отпусков.

Существует программа развития навыков общения и решения проблем для больных алкоголизмом в ремиссии и их жен. Программа предполагает 10 тематических занятий, домашние «репетиции» и проверку домашних заданий на следующем занятии. Процедура каждого занятия включает работу по пяти направлениям: 1) алкоголь и А-зависимое взаимодействие (терапевтический контракт, дискуссии о предупреждении срыва); 2) повседневное поведение; 3) совместный отдых; 4) коммуникативный тренинг, включающий слушание, прямое выражение чувств, дискуссию и 5) создание соглашений путем обучения позитивной специфической просьбе, отказ от негативизма и подход к компромиссу, письменное супружеское соглашение.

Занятия начинаются с обсуждения нейтральных и беспроblemных областей, затем затрагивается более проблемная зона конфликта. Во время занятий психотерапевт использует инструкцию, моделирование, поведенческие репетиции, внушение, обратную связь. Супругов обучают прямо говорить о положительных и отрицательных чувствах, избегая уклончивости и обвинений. Супруги учатся выражать свои желания позитивно («что я хочу», а не «чего я не хочу»). Вырабатывается навык конкретной просьбы (что, где и когда) вместо требования с оттенком угрозы. Психотерапевт помогает парам обсуждать, на каких условиях супруги готовы изменить свои отношения, используя специфические запросы, компромиссы и письменные соглашения. Эти тренировки помогают разрешению супружеских конфликтов и профилактике рецидивов.

Широко применяются семейные дискуссии: обсуждение членами семьи широкого круга проблем, касающихся их совместной жизни и способов решения различных общих вопросов. На начальном этапе семейной терапии такая дискуссия помогает поколебать устоявшиеся представления участников, зародить у них сомнения в очевидности, универсальности их убеждений. Далее формируется адекватное представление о том или ином аспекте семейной жизни. При этом нередко выявляются ригидные неэффективные роли (Пессимист, Оптимист, Теоретик, Практик и т. д.), эгоцентризм и соперничество участников. В этих случаях вводятся специальные правила ведения дискуссии, которые обсуждаются членами семьи и закрепляются на последующих встречах: цель дискуссии – не доказать свою правоту, а совместно найти истину; прежде чем возражать, подумай, в чем может быть прав собеседник, и попробуй развить это; важно установить истину, а не просто пойти на соглашение ради мира.

При проведении семейной дискуссии семейными терапевтами применяются следующие приемы: эффективное использование молчания, умение слушать, обучение с помощью вопросов, повторение (резюмирование), обобщение, раскрытие эмоциональных состояний членов семьи, конфронтация с определенным мнением или даже членом семьи.

Для обучения членов семьи распознаванию ранних признаков рецидива используются психообразовательные методы. Родственники приглашаются на занятия вместе с больными, прекратившими алкоголизацию. Члены группы учатся распознавать депрессию, переживания гнева и одиночества, являющиеся пусковыми факторами рецидива. Затем группа разбивается на подгруппы, в которых прорабатываются новые подходы к решению проблем, связанных с воздержанием.

Пример

Женщина средних лет обратилась по поводу конфликта с мужем, которого уличила в связях с проститутками. Последние пять лет он каждый вечер выпивал по стакану коньяка. Короткие периоды трезвости

наблюдались лишь во время пребывания на горнолыжных курортах. Выпивать начал со времени участия в популярной молодежной рок-группе. Постепенно его интерес к жене угас, свободные вечера он предпочитает проводить на кухне с дочерью-старшеклассницей или с бутылкой у телевизора. Жена пытается контролировать и опекать супруга.

В процессе семейной терапии жена была освобождена от созависимости, дочь выведена из возникшего альянса с отцом, были восстановлены интимные отношения между супругами. В ходе двухлетней индивидуальной терапии пациент осознал свой конфликт с матерью и его перенесение на жену; понял, что причиной его саморазрушительного поведения является комплекс неполноценности, культивируемый матерью, начал делиться своими чувствами с женой, получая от нее понимание и поддержку, и практически прекратил алкоголизацию. Увлечся сочинением песен, которые охотно принимали музыкальные редакции, оставил работу в рок-группе. Разыскал своего отца, которого никогда не видел, однако тот не захотел поддерживать с ним отношения. И хотя пациент воспринял это крайне болезненно, алкогольного срыва не произошло. Он перестал искать «острых ощущений» в спорте, разделил увлечение жены современным киноискусством, начал писать киносценарий, где собирается играть одну из главных ролей.

☺ – Как там твой муж, по-прежнему пропивает все деньги?

– Нет, я с ним серьезно поговорила. Теперь он не пьет, не курит, по пивнушкам не шляется, а спокойненько лежит в реанимации...

Групповая терапия

Бросить пить легко – трудно убедить в этом друзей.
Арт Бухвальд

Групповая психотерапия А-зависимых необходима в связи с эмоциональной изоляцией этих больных, приводящей к поверхностным и манипулятивным отношениям с окружающими. В процессе групповых взаимодействий пациент получает возможность сравнить самовосприятие со своим фактическим поведением и его оценкой со стороны других. Он может также идентифицироваться с более успешными членами группы, что облегчает ему принятие роли «непьющего алкоголика».

По В.А. Рязанцеву (1983), групповая психотерапия особенно показана А-зависимым, которые нуждаются: 1) в коллективном сопереживании; 2) в общении для снятия или облегчения эмоционально-волевого напряжения; 3) в поддержке группы и 4) в коллективной опеке и внимании. Обычно группа включает до 10 человек одного пола в возрасте до 60 лет. Она является гетерогенной по возрасту, социальному и семейному положению участников. Противопоказаниями являются выраженная психопатизация и деградация личности. Наиболее предпочтительна закрытая группа, в которой формируется прочная атмосфера эмоциональной поддержки, благодаря которой пациент занимает более активную, включенную позицию.

В начале работы группы показаны тематические занятия, направленные на когнитивную перестройку сознания пациентов, и в первую очередь на преодоление алкогольной анозогнозии. Эффективны биографически-ориентированные и темоцентрические группы по 10–15 человек. В них анонимно обсуждаются конкретные истории болезни, наиболее типичные и понятные.

Член группы, страдающий алкоголизмом, рассказывает о своей болезни, а затем вся группа обсуждает его исповедь. Больного, у которого возник рецидив, опрашивают в присутствии всей группы. Жена нового больного рассказывает о его пьянстве. Бывший больной рассказывает о своей болезни, выздоровлении, формировании прочных установок на трезвость. Просматриваются и обсуждаются специальные фильмы. Читаются небольшие рассказы, статьи, заметки, затрагивающие тему пьянства. Для обсуждения используются также психорисунки и семейные скульптуры, с помощью которых больныеотреагируют свои переживания, обнаруживают неосознанные мотивы и тенденции, ищут новые формы поведения.

В связи с выраженным сопротивлением пациентов, их анозогнозией и антитерапевтическими установками психотерапевт применяет ряд директивных техник: руководство психотерапевтическим процессом, направление хода дискуссии, сдерживание неконструктивных эмоциональных реакций, настойчивое побуждение к совместной выработке решений. В то же время терапевт ведет себя не авторитарно: он не опережает ход терапевтического процесса, не навязывает своих интерпретаций, не проявляет агрессии и не сосредоточивает на себе эмоциональные связи между членами группы. В противном случае пациенты попадают в выраженную зависимость от терапевта и оказываются неспособны самостоятельно решать стоящие перед ними задачи. Дальнейшая работа направлена на решение личностных и социально-психологических проблем, препятствующих сохранению трезвости. Она имеет личностную, динамическую ориентацию, к ней привлекаются пациенты, имеющие мотивацию к работе над собой и необходимые психологические ресурсы. Проводится работа с психологическими защитами и развитие духовности в группах по 6–8 человек.

А.Я. Гриненко с соавторами (1996) разработали метод *аффективной контратрибуции*, состоящий из трех этапов и рассчитанный на группу из 4–5 человек. На первом, про-

граммирующем этапе пациентам объясняют, что для снятия А-зависимости у них будет вызвано состояние, в котором произойдет образное символическое переживание и осознание отрицательных сторон и последствий алкоголизма. На втором этапе больным вводят препараты, вызывающие негативные эмоциональные переживания и видения, способствующие прочной фиксации пережитого в долгосрочной памяти. Далее на фоне легкого кетаминowego наркоза и драматической по характеру музыки с каждым больным проводят психотерапевтический диалог, используя формулы внушения, учитывающие данные анамнеза. В моменты наибольшей интенсивности негативных переживаний пациентам дают ощутить запах и вкус алкоголя. На следующий день больные делятся в группе впечатлениями об испытанных во время процедуры негативных переживаниях и видениях, обсуждают и интерпретируют с помощью психотерапевта личностное значение их символического содержания. Это обсуждение направлено на соотнесение каждым больным негативных галлюцинаторных переживаний с алкогольными проблемами и, тем самым, на осознание и закрепление антиалкогольной установки.

До недавнего времени была широко распространена **коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия Рожнова** – система воздействия на больного путем формирования у него жизнеутверждающих, оптимистических идеалов и устремлений, необходимых для борьбы с зависимостью, которые способствуют преодолению болезненной ипохондричности и пессимизма, лишаящих его сил. Методика сочетает в себе разъяснение, убеждение и эмоционально насыщенное внушение в неглубоком гипнозе. Внутригрупповые отношения больных используются с целью взаимоиндукции и лечения средой. Проводятся индивидуальные и коллективные беседы в средних по размеру группах, а затем 10–15 сеансов гипносуггестивной терапии. Во время транса закрепляются основные положения проведенных ранее бесед и вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя. В качестве раздражителя используется вначале спирт-ректификат, затем водка, а после 10-го сеанса достаточно произнесения слова «водка».

Упрощенным аналогом методики Рожнова является **кодирование по Довженко**. На 1-м этапе лечения для выработки положительной терапевтической установки применяется косвенное внушение и убеждение. На 2-м этапе актуализируется инстинкт самосохранения, снимается «анозогнозическая инертность». Больным внушается, что могущественная воля врача справится с влечением к алкоголю; с помощью «гипнотических и физиогенных» воздействий врач формирует у них в мозгу устойчивый очаг (код), который призван заблокировать влечение к алкоголю на длительный срок. В яркой образной форме приводятся драматические случаи из практики, иллюстрирующие негативные последствия нарушения больными режима трезвости. 3-й этап – процедура кодирования. Она представляет собой императивное внушение на фоне пугающих манипуляций: принудительное закрывание глаз ладонью врача, резкое насильственное забрасывание головы назад, болезненное надавливание на точки выхода тройничного нерва в надбровных дугах, орошение открытого рта больного струей хлорэтила, который выдается за чудодейственный препарат, изобретенный врачом.

Методика Довженко была усовершенствована в 1991 г. Г.И. Григорьевым и О.Н. Кузнецовым, разработавшими метод **массовой эмоционально-эстетической психотерапии**, в котором задействуется «храмовый эффект». Лечение начинается с подробной беседы с врачом-психотерапевтом; если пациент действительно хочет лечиться, она завершается прохождением медицинской комиссии. Пациенту предписывается двухнедельное воздержание от употребления спиртного. Таким образом, исполняется религиозный ритуал: паломничество (приезд в Санкт-Петербург), исповедь (беседа с врачом), пост (воздержания от алкоголя). Число пациентов на сеансе – от 500 человек. Общая продолжительность сеанса – 6–8 часов. В общем сеансе участвует бригада врачей-психотерапевтов, которые после его окончания

проводят заключительную индивидуальную работу с каждым больным. В сеансе принимает участие священник и хор духовной музыки.

Сеанс массовой терапии делится на 5 этапов. 1-й этап – сбор пациентов и членов их семей. Пациент переживает стресс ожидания, его охватывает чувство торжественности момента, важности и ответственности принятого решения. 2-й этап – рациональная и суггестивная психотерапия, осуществляемая ведущим врачом в форме монолога, во время которого внимание собравшихся концентрируется на нем, оживляется желание нравственного очищения. Постепенно возникает живая дискуссия с аудиторией, демонстрируются возможности суггестии, самовнушения и саморегуляции. Данный этап длится не менее двух часов. 3-й этап – выход священника, все врачи-психотерапевты становятся на сцене позади него. Священник читает проповедь, проводится антиалкогольная служба, взятая из Устава Санкт-Петербургского Александра Невского общества трезвости. Больные дают перед Богом клятву не принимать никаких спиртных напитков; произносится напутственное слово священника. Длительность этого этапа – около 1 часа. 4-й этап проводится ведущим врачом-психотерапевтом в отсутствие родственников и посторонних в форме сокращенного варианта сеанса Довженко. Формулировки носят скорее ритуальный, чем императивный характер. Из формул внушений устранены все элементы, противоречащие вере (устрашающие, запугивающие). Последний, 5-й этап проводится врачами-ассистентами в индивидуальной форме. В течение 2–5 минут больной дает зарок, определяя срок воздержания. За ним остается право снять зарок по первому желанию. Затем больной вводится в трансное состояние, которое достигается фиксацией взора на переносице врача, надавливанием на точки выхода тройничного нерва и глазные яблоки; воздействие врача осуществляется эмоционально насыщенными, быстро произносимыми словами запрета.

Терапия творческим самовыражением по М.Е. Бурно (2002) включает: 1) создание творческих произведений; 2) творческое общение с природой; 3) творческое общение с литературой, искусством, наукой; 4) творческое коллекционирование; 5) проникновенно-творческое погружение в прошлое; 6) ведение дневника, записной книжки; 7) творческие путешествия; 8) творческий поиск одухотворенности в повседневных вещах. Термин «творческий» означает здесь осознанное, почувствованное привнесение своей индивидуальности в собственную жизнедеятельность, позволяющее осознать свою самобытность, ощутить свое отношение к миру, найти полезное применение своим способностям, сделаться духовно богаче. Членов терапевтической группы сплочивает общее стремление раскрыть свою неповторимость. Группы являются открытыми, в них входит 8–12 человек. Групповые встречи продолжаются 2–3 часа, они происходят раз в 1–2 недели в уютной обстановке: за чашкой чая, под тихую музыку.

Периодически обсуждаются рассказы, в которых присутствует тема пьянства: Мопассана, Чехова, Горького, Распутина, Белова, Абрамова. Однако наибольшее внимание уделяется творческому восприятию художественных произведений, коллекционированию, участию в драматических постановках, исполнению музыкальных и вокальных произведений, собственному художественному творчеству: сочинению стихов и рассказов, рисованию и живописи, фотографированию, созданию различных поделок и т. п. В психотерапии учитываются характерологические особенности больных алкоголизмом. Автор выделяет следующие типы.

Простодушные алкоголики. Для них характерна преморбидная органическая акцентуация характера, грубовато-нежная душа, доверчивость, сочетание инертности и взрывчатости, благородства и обидчивости. Это смекалистые умельцы, близкие к природе, жалостливые и глубоко откликающиеся на заботу. Им хорошо помогают гипнотические сеансы с проникновенно-задушевными и в то же время строгими пожеланиями трезвой жизни, уча-

стие в клубе трезвости, которым руководит врач, выполняющий роль отца-спасителя, трезво живущего ради своих детей.

Авторитарные (эпилептоидные) алкоголики. В преморбиде эти больные характеризуются возбудимой акцентуацией. Алкоголь служит смягчению душевной напряженности от невозможности реализовать стремление к власти. В похмелье усиливаются вспыльчивость, подозрительность, стремление командовать окружающими, причинять им боль. Рано возникают тяжелые, длительные запои с мощной тягой к спиртному. Они отличаются высокой порядочностью, стремлением к справедливости. Эти черты можно использовать для помощи пациенту в выборе профессии – например, работы в силовых структурах, или хобби – например, дрессировки крупной собаки, которая может стать единственным существом, отвечающим хозяину благодарностью и беспрекословным послушанием. От врача требуется безусловное уважение к больному, мягкая манера общения, избегание малейшей конфронтации.

Ювенильные алкоголики. В преморбиде это неустойчивые личности с особой предрасположенностью к алкоголизму. Похмельные симптомы и запои часто возникают уже через несколько месяцев пьянства, поэтому среди представителей этой группы много молодых алкоголиков. Воля такого человека навсегда остается детской, он не способен выполнять своих клятв и обещаний. Приходится довольствоваться возможностью продлить воздержание хотя бы на несколько дней.

Астенические алкоголики в преморбиде отличаются застенчивостью и раздражительностью. Им надо помочь утвердиться в жизни благодаря обнаруженным во время психотерапии достоинствам, более высокому, чем прежде, положению в обществе, силе воли, проявленной в отказе от алкоголя. Положительный эффект оказывает возможность заботиться о тех, кто нуждается в их помощи. В определенной степени им помогает держаться чувство благодарности к врачу за его заботу, нежелание подводить и разочаровывать его.

Синтонные алкоголики обладают в преморбиде циклоидным характером. Если у них преобладает жизнерадостность, они обходятся без запоев, из-за чего окружающие не считают их алкоголиками. Часто они не заботятся о своем здоровье, разрушаемом спиртным, однако из-за нежелания огорчать близких людей могут подолгу воздерживаться от пьянства. В этом направлении и следует работать с ними.

Аутистические алкоголики – замкнуто-углубленные, прячущие в себе нереализованную духовность, творчески обнаруживающуюся в символических образах сновидений, общении с искусством, природой. Они почти не грубеют личностно, сохраняют свою самобытность, оригинальность. Особенно хорошо им помогает терапия творческим самовыражением, разработанная автором.

В подборе произведений искусства учитывается приведенная выше типология характеров. Так, *синтонным* созвучны картины Рафаэля, Рубенса, Рембрандта, Ренуара, Айвазовского, Кустодиева, музыка Моцарта, Штрауса, Глинки, Римского-Корсакова, Хачатуряна. Им близки поэзия Беранже, Гейне, Руставели, Жуковского, Пушкина, Окуджавы, басни Крылова; сочинения Рабле, Мольера, Бомарше, Дюма-отца, Бальзака, Диккенса, Марка Твена, Тургенева, Куприна, Шолом-Алейхема, Платонова, Ильфа и Петрова, Астафьева, Распутина.

Аутистическим ближе такие художники, как Босх, Дюрер, Леонардо да Винчи, Боттичелли, Дега, Гоген, Сезанн, Пикассо, Шагал, Дали, Чюрленис, Врубель, Нестеров, Петров-Водкин, Сарьян, Глазунов; музыка Баха, Бетховена, Листа, Грига, Шопена, Вагнера, Верди, Чайковского, Рахманинова, Шостаковича, Щедрина. Им нравится японская и китайская поэзия, Данте, Петрарка, Шиллер, Байрон, Аполлинер, Лермонтов, Тютчев, Блок, Ахматова, Цветаева, Мандельштам, Пастернак, Вознесенский; писатели и драматурги Сервантес, Андерсен, Ибсен, Цвейг, Кафка, Т. Манн, Гессе, Достоевский, Грин, Битов.

Авторитарные любят живопись Тициана, Микеланджело, Крамского, Сурикова, Верещагина, Ярошенко, Репина, Малявина; музыку Мусоргского, Бородина, цыганские романсы;

поэзию Катулла, А.К. Толстого, Некрасова, Фета, Высоцкого, произведения Флобера, Лескова, Салтыкова-Щедрина, А.Н. Толстого, Фадеева, Шукшина, Абрамова.

Астенические предпочитают картины Поленова, Рябушкина, Левитана, музыку Вивальди, Сен-Санса. В литературе им ближе Чехов, Толстой, Есенин, Казаков, Володин, Потанин. Они с интересом читают также труды Дарвина, Павлова и т. п.

Анонимные Алкоголики – наиболее эффективный метод групповой терапии алкоголизма. В сообществе Анонимных Алкоголиков (АА) формируется критическое отношение к болезни, члены сообщества на собственном примере подкрепляют как опасения больного, так и его оптимистические ожидания. Больной вынужден проявлять инициативу, ответственность, что приводит к формированию внутреннего локуса контроля. Больного побуждают выражать чувство вины не опасаясь осуждения. Важнейшими терапевтическими факторами являются идентификация с выздоровевшими и забота о новых больных, для которых надо быть образцом.

Программа терапии состоит из 12 шагов, которые сформулированы следующим образом: 1) мы зависим от алкоголя, потеряли самоконтроль. – Отказ от иллюзий по поводу возможности контролировать свое поведение формирует мотивацию обратиться за помощью; 2) мы верим, что есть силы, возможности которых больше наших собственных. – Отказ от идеи всемогущества позволяет избавиться от гнетущих обязанностей и начать поиск более эффективных возможностей; 3) мы верим в Бога (как мы Его понимаем). – Используется молитва римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество – изменить то, что могу, и мудрость – отличить одно от другого»; 4) мы видим глубину своего падения и принимаем на себя ответственность за это. – Трезвый, беспощадный анализ ситуации приводит к желанию исправить ее; 5) мы хотим исповедоваться в своих грехах. – Искренняя исповедь, раскаяние избавляют от чувства изоляции и вины, позволяют надеяться на прощение близких и примирение с самим собой; 6) мы готовы совершенствоваться. – Чтобы искупить свою вину, надо поставить перед собой цель – стремиться к совершенствованию; 7) мы смиренно молим об исправлении. – Окончательное избавление от гордыни, смирение позволяет реалистично ограничить свои задачи; 8) мы перечисляем тех, кому причинили зло, и готовы искупить свою вину. – Задача искупления приобретает конкретные формы; 9) мы возместили причиненный близким ущерб. – Прodelывается большая эмоциональная и практическая работа, коренным образом изменяющая отношения с близкими людьми; 10) мы признаем повторение своих ошибок. – Возможность «на ходу» исправлять повторение прошлых ошибок, без чрезмерных угрызений совести, раньше провоцировавших алкоголизацию; 11) мы находим силы в Боге, как мы его понимаем, для новых и новых попыток самосовершенствования. – Укрепляется смирение и подчеркивается духовный аспект работы над собой; 12) мы больше уважаем себя, когда помогаем друг другу освободиться от алкогольной зависимости. – Гимн духовного развития, воспевающий жизнь и бескорыстное даяние.

Эта программа была сформулирована в 1935–1937 гг. основоположниками сообщества АА Вильямом Уилсоном и Робертом Смитом. В настоящее время зарегистрировано более ста тысяч групп АА. Существуют различные варианты подобных групп: Ал-Анон (супруги алкоголиков), Взрослые дети алкоголиков, Алатин (тинэйджеры – дети алкоголиков), Нар-Анон (Анонимные наркоманы), Анонимные кокаиинисты, Анонимные никотинисты, Анонимные обжоры, Анонимные астматики, Анонимные азартные игроки, Анонимные должники, Анонимные суициденты.

Кредо движения сформулировано в «Преамбуле АА»: «Анонимные алкоголики являются Обществом мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силой и надеждой с целью решить свою общую проблему и помогать другим выздороветь. Единственным условием членства является желание бросить пить. В Сообществе АА нет член-

ских взносов и билетов. Общество АА не связано ни с какой сектой, вероисповеданием, партией или организацией, оно не вступает ни в какие полемики, не занимает никакой точки зрения в каких бы то ни было спорах. Нашей первейшей целью является сохранение трезвости и помощь другим алкоголикам в ее достижении».

Группы АА работают в соответствии с основными положениями о лечебных центрах. 1. Лечебные центры, использующие 12-шаговый подход, вторичны по отношению к Анонимным сообществам. Они направляют своих пациентов и их родственников в Анонимные сообщества; в лечебную программу входят задания по шагам. 2. Лечение проходит в терапевтическом сообществе, состоящем из сотрудников и пациентов. 3. В составе персонала обязательно должны быть консультанты – люди с химической зависимостью, не употребляющие ПАВ в течение длительного срока и применяющие принципы программы «12 шагов» во всех своих делах. 4. В ходе лечения не применяются медикаменты (пациенты поступают на лечение после детоксикации, если в ней есть необходимость). 5. Сотрудник лечебного центра является моделью выздоровления; взаимоотношения между сотрудниками являются моделью взаимоотношений для пациентов.

Вступающим в общество АА предлагают простой план: не пить, посещать собрания общества, найти себе куратора. На ранней стадии выздоровления рекомендуется избегать резких жизненных перемен и новых интимных связей. Предупреждают, что к употреблению алкоголя побуждают состояния голода, злости, одиночества и усталости. Собрания общества протекают в четырех формах: 1) выступления докладчиков на открытых собраниях, на которые допускаются все желающие; 2) закрытые встречи в небольших группах, где участники делятся мыслями и переживаниями личного характера; 3) закрытые и четко регламентированные занятия, на каждом из которых зачитывается и обсуждается одна глава из «12 шагов и 12 заветов»; 4) собрания для новичков, которым помогают выбрать куратора – члена общества АА с длительным сроком воздержания. В его задачи входят: дружеское общение с новичком, разъяснение ему принципов программы организации, практические советы по воздержанию от спиртного, психологическая поддержка на начальных этапах воздержания и личный пример.

А.И. Каменская и А.Ф. Радченко (2001) описывают первый шаг терапии А-зависимых по программе «12 шагов». Он осуществляется в виде лекции с последующим обсуждением в малых и средних группах. Обсуждаются следующие положения.

1. Химическая зависимость является заболеванием:

- неизлечимым, т. е. окончательное физическое выздоровление, а также умеренное и контролируемое употребление ПАВ невозможны; однако возможна нормальная жизнь без них;

- прогрессирующим, т. е. болезнь усугубляется, если потребление ПАВ продолжается; возврата к употреблению ПАВ после длительного периода воздержания влечет за собой последствия еще более тяжкие, чем до перерыва;

- смертельным, т. е. являющимся причиной смерти в случае продолжения употребления ПАВ, в том числе вследствие передозировки, самоубийства и несчастных случаев.

2. Зависимость развивается на телесном, психологическом, социальном и духовном уровне.

3. Выздоровление от химической зависимости возможно только в случае полного отказа от употребления ПАВ.

4. Выздоровлением называется не конечное статичное состояние, а постоянный процесс глубокой нравственной и духовной работы над собой, ведущий к улучшению качества жизни; этот процесс описан 12-шаговой программой.

5. Выздоровление возможно только в определенной среде – среди людей, имеющих те же проблемы и использующих для выздоровления те же средства – т. е. в сообществе АА.

6. Химическая зависимость – семейное заболевание; это означает, что страдает не только химически зависимый, но и его семья, а также друзья и коллеги.

Теренс Горски (2003) подробно описывает 6 стадий выздоровления от химической зависимости с помощью 12-шаговой программы общества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов. 1. Переход: анализ текущих проблем, признание неспособности контролировать употребление алкоголя и свое поведение, принятие необходимости воздержания. 2. Стабилизация: признание необходимости помощи, физическое выздоровление от синдрома отмены ПАВ, прерывание патологической озабоченности ПАВ, изучение способов преодоления стресса без использования ПАВ, развитие надежды и мотивации. 3. Раннее выздоровление: сознательное признание зависимости, полное принятие и интеграция зависимости, приобретение навыков решения проблем нехимическими способами, кратковременная социальная стабилизация, развитие системы ценностей, основанной на трезвости. 4. Среднее выздоровление: разрешение «кризиса деморализации», исправление социальных нарушений, вызванных зависимостью, создание саморегулируемой программы выздоровления, организация сбалансированного образа жизни, поддержка изменений. 5. Позднее выздоровление: осознание того, как нерешенные проблемы детства затрудняют выздоровление; освобождение от семейных проблем, сознательное исследование детства, приложение проблем детства к взрослой жизни, изменение образа жизни. 6. Поддержание: поддержание программы выздоровления, эффективная ежедневная система решения проблем; продолжение роста и развития, эффективные способы адаптации к переменам.

Вариантом сообщества АА являются *сайнанон-группы*, организованные в 1958 г. Чарльзом Дедериком – бывшим алкоголиком, ставшим психотерапевтом. Лечение происходит в автономной общине взаимопомощи. Правила общежития включают тяжелый физический труд, самообслуживание, полный отказ от алкоголя и наркотиков, занятия в малых группах без руководителей. Основу взаимодействия членов групп составляет конфронтация бывших больных с новыми участниками, при этом резкой критике подвергаются различные уловки, направленные на защиту саморазрушительного образа жизни, и выражается уверенность в сохранившихся конструктивных возможностях.

В России первая группа АА была организована в 1987 г., сейчас таких групп насчитывается 180 в 80-ти населенных пунктах.

Пример

Больной проходил индивидуальную терапию по поводу приступов удушья, возникающих при волнении, сопровождаемых страхом смерти. Приступы прошли, но настроение оставалось неустойчивым, хотел прекратить терапию «из-за нехватки времени», согласился участвовать в групповых занятиях по выходным. На встрече группы попытался представить историю своего кризиса как результат нечестного поведения жены, которая специально забеременела, чтобы женить его на себе, критиковал ее примитивность, необразованность по сравнению с собой. Он не доверяет женщинам, но самозабвенно влюбляется в них, мать с женой до сих пор пользуются этим. Он боится потерять себя, раствориться в них. Это страшнее материальных кровопусканий, которые они ему устраивают. В ответ на рассказ участника группы о том, как в детстве его отец пил, оставил семью и не платил алиментов, пациент, который не живет с женой и частенько оставляет ребенка без алиментов, пробубнил: «А может, он пил из-за того, что чувствовал себя плохим отцом...»

На следующей групповой сессии он говорил о своих трудностях в профессиональной ориентации и недовольстве начальством – несправедливым и недостаточно компетентным.

Обижался, что ему не уступают дорогу в жизни, несмотря на способности музыканта и историка, в результате чего ему пришлось оставить работу в музыкальном коллективе и работу над кандидатской диссертацией по истории и работать коммивояжером. На психологическом тренинге в их фирме с ним обращались «как с недоумком», он долго терпел, а потом дома напился. И еще он чувствует себя выше своих сотрудников, так как ходит на группу и их убедил, как это полезно.

Третью сессию пациент пропустил, а на следующей встрече рассказал, что он собирався на группу, но в субботу вечером заехал к бывшему научному руководителю и не заметил, как интересная беседа на исторические темы перешла в такую попойку, что в воскресенье он не смог приехать на группу и лишь с большим трудом вышел на работу в понедельник. Признался, что сразу после индивидуальных сессий по пятницам «квасил» по два дня, утром в понедельник ехал на работу в состоянии тяжелого похмелья, трясясь от страха, что дорожный инспектор вычислит его и лишит прав. Всю неделю старался «втюхивать» людям «эту вонючую кока-колу», чтобы заработать побольше денег и потом в выходные их пропить. А главное, что он пропил за эти годы – свою душу. Потому что теперь, хоть он и хотел бы вернуться к музыке, но душа не отзывается. Пробовал что-нибудь играть, хотя бы на гитаре – неинтересно.

К алкоголю он пристрастился еще в музыкальном училище, где все много пили. Вначале пациент пил «за компанию», а последние годы – в одиночку, чтобы расслабиться, иначе «терпеть эту жизнь невозможно». Ему кажется, что пройти через муки похмелья полезно – это закаляет в борьбе за существование. Делит своих приятелей на собутыльников и товарищей, которые могут выручить друга в трудную минуту. Остальные люди уважают только силу. Он пропивает все деньги «назло родителям», которых ненавидит, но вынужден жить с ними, так как не может накопить денег на квартиру. Пациент рассказал, как водит своих знакомых смотреть на соседнюю дачу, и когда они начинают восхищаться и завидовать, какой там гранитный забор и чугунные грифоны на нем, ему становится смешно и противно. А сам он, когда смотрит на площадки для гольфа и красивый бассейн, испытывает чувство гордости и силы, как будто приобщился к чему-то большому.

Пациент попытался превратить групповые сессии в сеансы своей терапии, а группу – в коллективного терапевта. Члены группы критиковали и наставляли пациента, а он разбивал все их доводы. Я обратил внимание, что группа использует его в роли «мальчика для битья», причем он сам провоцирует ее на это, а в конце выясняется, что он играл в игру «Да, но...» В итоге он чувствует себя обиженным и в то же время выглядит неблагодарным. Такая игра, по-видимому, соответствует обычному стилю отношений пациента. Тот согласился с этим и признался, что он то идеализирует людей, то обесценивает их. На группу он теперь заставляет себя ходить с большим трудом, так как разочаровался в ней.

Пациент ненавидит своего начальника и ждет возможности «хлопнуть дверью» и уйти на другую работу. На корпоративной вечеринке он напился и послал шефа «на три буквы», сам он об этом не помнит, но ему «с уважением» напомнили сотрудники. Теперь он чувствует себя выше их, потому что у них «кишка тонка», а ему бояться нечего – все равно хуже уже не будет. Пациент признался, что ненавидит русских, так как русским является его отец, который бил его в детстве. Он мечтает о жизни в родном прибалтийском городке, где спокойно, тихо и безопасно, где он будет чувствовать себя «первым парнем на деревне». Правда, он с трудом переносит порядок и скуку, ему по душе наша безалаберность. Что ж, он внесет живую струю в сонное царство.

В очередной раз возникло разделение: пациент и группа – все нападали на него, а он был рад этому – хоть так получил много внимания. Когда его стали критиковать, одна из женщин (созависимая жена наркомана) бросилась на его защиту: «Что вы все на него!» Пациент остановил ее, чтобы она не относилась к происходящему так серьезно – он просто играет и

не рассчитывает заслужить хорошее отношение – нечем. А что он может быть для кого-то «не по хорошему мил, а по милу хорош», он не верит, такого никогда не было. Я сказал, что я вижу в этом завершение конфликта с начальником. «Руки чесались» на начальника, символического отца, и пациент спровоцировал группу побыть в этой роли, чтобы мама (участница) его защитила. Все рассмеялись – очень похоже.

Однажды сессия началась без женщин. Вначале пациент выразил чувство покинутости, затем удовлетворения: «без этих хитрых баб свободнее, и вообще их место на кухне». Тут подошли опоздавшие женщины, и я спросил, что он думает насчет них. Пациент ответил, что они только «изображают из себя хороших», но он им не верит. Рассказал, что после прошлого занятия он и еще один участник группы «душевно посидели» в кафе, при этом пациента поразило сделанное тем признание, что ему тоже плохо. Уходил он с тяжестью на душе, было досадно, что его «нагрузили», и в то же время показалось, что товарищу по несчастью после разговора стало полегче. Товарищ подтвердил это с благодарностью и пригласил пациента в баню на своей даче.

По инициативе пациента несколько встреч продолжились в кафе, где участники сидели по несколько часов, критикуя порядки, авторитеты и меня. На очередной такой «группе после группы» два участника поссорились и на сессии решили отказаться от общения вне занятий, так как это мешает свободно вести себя на группе. Были сформулированы групповые правила, сложившиеся за время работы. Вначале пациент резко сопротивлялся такому обороту дела, но под давлением группы согласился, что иначе в терапии начнет происходить то же, что и в его жизни. Он признался, что у него столько ролей и масок, что он уже устал их таскать. А под ними живет хитрый, подлый манипулятор. Сказал он это с такой заразной любовью к себе, что вызвал дружный смех: и мы такие!

На очередной сессии пациент пожаловался, что просыпается утром в страхе, не понимая, где сон, а где явь, и ужасается тому, насколько хрупкая граница отделяет рассудок от безумия, жизнь от смерти. Он часто видит сон, в котором его, маленького, оставляет мама. А недавно ему приснилось, что он убегал от ведьмы, а потом провалился в какой-то ужасный хаос; но он понимал, что это сон, и он сможет вернуться назад. Когда это произошло, он испытал облегчение, а наутро подумал: «Если я могу заказывать себе сны, пусть мне приснится хороший». И через несколько дней такой сон действительно приснился.

Вскоре пациент уволился с работы, разругавшись с начальником, как и о всех предыдущих случаях. Тот на прощание «послал» пациента, он промолчал и думал, что коллеги будут презирать его за это, но они его зауважали: не опустился до одного уровня с этим подонком, и вообще вырвался из кабалы. Пациент перешел на менее оплачиваемую работу, где кадровик, бывший полковник, начал допытываться, как он «откосил» от армии. Сначала пациент огрызнулся на него, а когда остыл, даже посочувствовал – ведь не от хорошей жизни человек самоутверждается, не может без подчиненных, закомплексован. Хотя, быть может, он и не самоутверждался, а просто интересовался? И вообще, а вдруг и правда надо было послужить, чтобы возмужать? Жена первый раз поздравила его с 23 февраля и сделала очень удачный подарок, в его вкусе, он растрогался до слез и теперь видит ее по-новому. Пациент отказался встречаться с прежними друзьями-музыкантами, так как понял, что всегда был нужен им лишь как собутыльник. Он стал чувствовать себя прежним, занимаясь любимым делом – музыкой, твердо решил купить хороший инструмент и вернуться к карьере музыканта. Однако для этого придется избавиться от алкоголизма, который он больше не отрицает.

☺ Вызывают как-то деда в милицию.

– Ты что, дед, не знаешь, что у нас самогоноварение карается по закону?

– А мне что? Гнал, гоню и буду гнать.

– Так мы же тебя посадим.

- Ну и что? Сын будет гнать.
- Мы и сына посадим.
- Внук будет гнать.
- Так мы и внука твоего посадим.
- А к тому времени и я уже выйду.

Наркомании

Распространенность и течение

*Момент, когда колешься не для того, чтобы тебе стало хорошо,
а чтобы не было плохо, наступает очень быстро.*

Эдит Пиуф

Распространенность. Россия входит в зловещую пятерку стран с максимальным количеством наркоманов. Общий объем наркотических веществ, изымаемых на территории РФ, за последние пять лет вырос в тысячу раз и достиг 60 тонн в год, при этом годовой оборот наркотиков в стране составляет 6000 тонн. По данным Минздрава, за последние десять лет количество наркоманов в стране увеличилось более чем в 20 раз, число состоящих на учете – почти в пять раз (женщин – в 6,5 раза), а число преступлений, связанных с оборотом наркотиков, – в 10 раз.

Каждый наркоман втягивает в наркотический образ жизни 5–7 человек, что придает процессу характер эпидемии. Рост наркомании сопровождается ростом венерических заболеваний, СПИДа, вирусного гепатита. Смертность среди наркоманов в 20 раз выше, чем среди населения в целом. Смерть наступает из-за передозировки, соматических осложнений, самоубийств. По данным Минздрава России, за последние десять лет смертность от наркотиков увеличилась в 12 раз, среди детей она выросла в 42 раза.

86 % больных наркоманией составляют лица от 15 до 25 лет. Средний возраст начала наркомании в настоящее время снизился до 12 лет. В настоящее время наркотики потребляют 45 % мальчиков и 18 % девочек. За последние десять лет на наркологический учет было поставлено в 13 раз больше подростков, чем в предыдущие годы: вместо 5–68 человек на 100 000 подросткового населения. За последние пять лет количество детей и подростков, доставленных в здравоохранительные учреждения в состоянии наркотического опьянения или абстиненции («ломки»), увеличилось в 16 раз. На четверть выросло количество подростков, совершивших преступления, связанные с продажей и изготовлением наркотиков, и в полтора раза – совершивших преступления под их воздействием.

В Москве на диспансерном и профилактическом наркологическом наблюдении состоит 28,5 тысяч человек, реальное число больных, по оценкам экспертов, составляет 150 тысяч, а возможных потребителей наркотиков – миллион человек. За первую половину 2003 г. в Москве изъято в три раза больше наркотиков и ПАВ, чем за этот же период прошлого года. По данным обследования лиц до 25 лет, проведенного в Санкт-Петербурге, тяжелые наркотики потребляют 70 % юношей и 30 % девушек; каждый четвертый из числа обследованных уже страдает выраженной зависимостью. Потребление анаши и других производных конопли отмечалось практически у всех обследованных. 80 % активных потребителей наркотиков употребляют их с 15–17 лет.

Опиомания распространена в России больше всех других форм наркомании, вместе взятых. В настоящее время наиболее широко используемым опиатом является героин. В США насчитывается 750 000 героиновых наркоманов. Количество американцев, ежегодно госпитализируемых в связи с употреблением героина, колеблется от 37 до 47 % от числа всех наркоманов, попадающих в больницу. Героин чаще всего используется городскими жителями в возрасте 18–25 лет, мужчинами в три раза чаще, чем женщинами. Больше половины из них происходят из неполных или распавшихся семей, у многих родители злоупотребляли ПАВ. Почти все они страдают каким-либо психическим расстройством, чаще всего – депрес-

сией, а также алкоголизмом и психопатиями. Среди медиков, в силу облегченного доступа к ПАВ, заболеваемость выше, чем в среднем среди населения.

Гашишизм является наиболее распространенным видом наркотизма в мире после алкоголизма. В России гашишисты составляют до трети всех наркоманов. Марихуана, легализованная в ряде стран, по праву считается воротами в мир наркотиков. Ее употребление обычно начинается в старших классах школы: марихуану курит каждый второй американский школьник. Во всем мире марихуану употребляют более 200 миллионов человек.

Удешевление процесса изготовления кокаина (синтез крэка) привело к заметному росту потребления стимуляторов. Никотин-зависимых столько же, сколько алкоголиков, причем часто эти аддикции сочетаются. В то же время от курения гибнет больше людей, чем от алкоголизма, наркоманий, убийств и самоубийств, дорожно-транспортных происшествий и СПИДа, вместе взятых. Курение табака часто сочетается также с перееданием под предлогом снижения аппетита. Окружающие страдают от «пассивного курения»: через 1,5 часа пребывания в накуренном помещении содержание никотина в крови у некурящего повышается в восемь раз.

Поскольку чистые наркотики дороги, подростки используют дешевые одурманивающие средства, предпочитая при этом летучие растворители, особенно опасные из-за риска повреждения тканей при повторном использовании, передозировки и асфиксии при использовании пластиковых пакетов. Вдыхание газа из баллончиков для зажигалок чревато также пожаром или взрывом.

Течение. И.Н. Пятницкая (1994) выделяет следующие этапы развития наркомании.

Этап злоупотребления наркотиком. Опыянения чередуются с периодами трезвости неопределенной длительности. Наблюдается смена фаз: 1) эйфория как субъективное чувство удовольствия, благоприятного сдвига в настроении или самочувствии; 2) формирование предпочтения определенного наркотика; 3) регулярность приема; 4) угасание первоначального эффекта наркотика.

В продроме болезни увеличивается суточная толерантность, возможно многократное введение наркотического вещества в течение дня, возникают явления дисхроноза, проявляющегося в постоянно высоком жизненном тоне, коротком беспорядочном сне, невыраженности суточных спадов активности.

1-я стадия наркотической зависимости характеризуется регулярным приемом наркотика. Толерантность растет, защитные реакции слабеют, вероятность токсических реакций снижается, изменяется форма потребления (синдром измененной реактивности). Появляется психическое (обсессивное) влечение к опыянению, способность достижения психического комфорта в интоксикации (синдром психической зависимости). 2-я стадия представлена большим наркоманическим синдромом в составе: 1) синдрома измененной реактивности; 2) синдрома психической зависимости и 3) синдрома физической зависимости.

На 3-й стадии организм наркомана истощен, наркотик выполняет роль тонизирующего, мобилизирующего организма средства. При опиизме развивается функциональное слабоумие, обусловленное снижением побуждений, бедностью эмоций, редукцией энергетического потенциала, неспособностью к интеллектуальным усилиям. При злоупотреблении барбитуратами, ингалянтами и некоторыми сортами гашиша наблюдаются органическое слабоумие и тяжелый психоорганический синдром. Различают четыре клинические формы этого синдрома, поэтапно сменяющие друг друга:

1) астеническая (преобладает истощаемость психических процессов, эмоциональная гиперестезия с раздражительностью, явлениями дереализации);

2) эксплозивная (грубость, вспыльчивость, дисфории, слезливость, детализация, нарушения памяти);

3) эйфорическая (снижение критики к своему состоянию, ухудшение сообразительности, благодушие, прерывающееся взрывами гнева с последующими слезами);

4) апатическая (безразличие, ослабление активного внимания и памяти, отсутствие инициативы, вялость, резкое снижение круга интересов).

Ремиссии при протекании химических зависимостей делятся на два типа. 1. Дисфорический тип проявляется астенодепрессивной симптоматикой. Отмечаются вялость, слабость, неспособность к активным интересам и занятиям, нежелание учиться или работать, раздражительность, обидчивость, плаксивость, капризность. Приступы злобы, агрессии чередуются с состояниями избыточной активности, с приливами инициативы, подвижности, незаразительной веселости. 2. Органический тип развивается при злоупотреблении барбитуратами и опиатами и проявляется психоорганической симптоматикой.

Инттоксикационные психозы при наркоманиях развиваются в случаях смены наркотика, употребления фальсифицированного вещества или неудачной комбинации ПАВ. Они имеют все черты острого экзогенного психоза: расстройство сознания, динамичность, при которой один синдром может сменяться другим, острое начало и течение. Глубина амнезии по выходе из состояния наркотического опьянения зависит от степени помрачения сознания; продуктивную симптоматику перенесенного психоза она затрагивает в последнюю очередь, бывшая разорванность сознания отражается в непоследовательности воспоминаний. Психоз включает также особенности, присущие интоксикации ПАВ: дисфорический дебют и необычайно глубокий сон на выходе.

Наблюдаются *соматоневрологические расстройства*: бледность, вялость кожи, отсутствие блеска глаз, ногтей и волос, расслоение ногтей, выпадение волос, похудание. В результате наркоманы выглядят намного старше своего паспортного возраста. В местах введения наркотика вены поражаются тромбозом с последующим разрастанием соединительной ткани, что превращает их в плотные хрящевидные тяжи. Кожа над венами пигментирована, со следами инъекций. Отмечается слабость миокарда с повышенным риском инфаркта. У полинаркоманов часто поражается печень. У опиоманов и барбитуроманов преобладают расстройства желудочно-кишечного тракта, у гашишистов – органов дыхания. В результате поражения подкорковых образований головного мозга развиваются парезы и параличи, чаще всего стоп и голеней.

Подростковую наркоманию отличает нечеткость симптоматики наркоманической зависимости. Ее признаки в большей степени определяются ситуацией, чем состоянием болезни. Границы синдромов и этапов болезни размыты, что не позволяет выделить стадии наркозависимости. Преобладает психопатологическая симптоматика. Быстро формируются эндокринная недостаточность и психический дефект, переходящие в апатическое слабоумие с выраженным психоорганическим синдромом.

Клинические формы

Опиизм (F11)

Все, чем мы занимаемся в жизни, даже любовью, мы делаем, находясь в скором поезде, который несет к смерти.

Куриль опиум – все равно, что выпрыгивать из поезда на полном ходу.

Жан Кокто

К опиатам относятся опий, добываемый из сока опиумного мака (*Papaver somnifer*), и его производные: морфин, кодеин, героин, дионин, пантопон, омнопон, а также синтетические препараты с морфиноподобным действием: фенадон, промедол. Сырье для него – опий-сырец, маковая соломка или опийный мак. Специально обработанный сок мака, напоминающий пластилин от белого до коричневого цвета, продается небольшими кусочками или шариками. Сленговые названия опия-сырца: встань-травка, жмых, кокнар, конар, мача, махье, опиуха, папа, папавер, турьяк, ханка, чернуха, черный, черняшка, шняга. Готовый к употреблению ацетилированный опий имеет коричневый цвет и характерный запах уксуса.

Наиболее распространенный опиат, героин продается в виде напоминающего крахмал порошка, состоящего из мелких кристаллов. На Западе он белого цвета; изготовленный в наших подпольных лабораториях, имеет серовато-коричневый цвет и неприятный запах. Его смешивают с кофеином, хинином или стрихнином, а также с самыми разными веществами: сахаром, пищевой содой, крахмалом, мукой, тальком, мелом. Пакетик такой смеси обычно весит полграмма, из них на долю героина приходится 20–40 %; эта доза стоит 50 долларов. Порошок рассасывают под языком, курят или вдыхают, раствор порошка вводят в вены конечностей или подкожно. Сленговые названия героина: белый, большой, гера, гертруда, герыч, говно, грустный, дурь, ковырялка, коричневый, косой, лошадь, медленный, перец, светлый, скучный, слон, султан, убойный, хлеб.

Инттоксикация. Диагностические критерии острой интоксикации: 1) наличие хотя бы одного из следующих признаков: а) апатия, безразличие, б) психомоторная заторможенность или расторможенность, в) снижение сосредоточения и умственной продуктивности, ухудшение памяти; 2) также наличие хотя бы одного из следующих признаков: а) сонливость, б) смазанная речь, в) сужение зрачков (или расширение при тяжелой передозировке) и г) нарушение сознания (ступор, кома).

Инттоксикация опиатами протекает в четыре фазы (Пятницкая, 1994).

1-я фаза проявляется через 10–30 секунд после введения морфина: возникает чувство тепла в области поясницы или живота, поднимающегося вверх, оно сопровождается ощущениями легкого поглаживания кожи. Лицо краснеет, зрачки сужаются, повышается тонус скелетной мускулатуры, появляется сухость во рту. Голова становится легкой, в груди распирает от радости, возникает чувство прозрения. Сознание сужено, пациент сосредоточен на телесных ощущениях. Это состояние оргазма всего тела («прихода») длится до пяти минут, ощущается только новичками. При приеме трех–пяти таблеток кодеина 1-я фаза смазана, наблюдается покраснение верхней части тела, отечность лица, зуд кожи лица, шеи, верхней части туловища. Эти проявления сохраняются и во 2-й фазе, продолжаются в течение 1,5–2 часов.

2-я фаза – эйфории («кайф», «волокуша», «таска»), характеризуется благодушной истомой, ленивым удовольствием, тихим покоем. В это время резко снижаются такие неприятные чувства, как страх, тревога, озабоченность и боль. Ослабляются половое влечение,

аппетит и чувство жажды. Тормозится функция дыхания и желудочно-кишечная перистальтика. Опьяневший вял, малоподвижен, испытывает ощущение тяжести и тепла в руках и ногах. Представления приобретают образный характер, появляются грезоподобные фантазии, грезы сменяют одна другую. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Опьяневший оживлен, смешлив, громко, быстро разговаривает, жестикулирует, не сидит на месте. Продолжительность фазы до 3–4 часов.

3-я фаза представляет собой поверхностный сон в течение 2–3 часов. 4-я фаза характеризуется плохим самочувствием, головной болью, беспричинным беспокойством, иногда тревожностью, тоской. Отмечается тошнота, головокружение, мелкий тремор рук, языка, век.

Триада передозировки опиатами: кома, сужение зрачков по типу «булавочной головки» и подавление дыхания. Дыхание замедляется, пульс урежается, снижается реакция на внешние раздражители, понижается температура и давление крови. Может наступить смерть от паралича дыхательных центров.

Синдром отмены («ломка») начинается через 6–8 часов после приема последней дозы на фоне не менее недели непрерывной интоксикации. Максимум проявлений наблюдается на 2–3 день, продолжительность синдрома составляет 7–10-й дней. В мягких случаях состояние напоминает грипп, развернутая картина выражается в следующих проявлениях: тревога, настойчивые поиски препарата, зевота, выламывающие мышечные боли, боли в пояснице, слезотечение, насморк, слюноотделение, рвота, понос, сильная потливость, лихорадка, «гусиная кожа», расширение зрачков, бессонница. Кроме этих основных симптомов могут наблюдаться дисфория с агрессивными и аутоагрессивными действиями; больного бросает то в жар, то в холод, дыхание учащается, усиливается сердцебиение, появляются спазмы кишечника, наступает обезвоживание организма и потеря веса. В редких случаях возможна смерть из-за сердечной недостаточности.

Синдром отмены ярко описан в автобиографическом рассказе М. Булгакова «Морфий».

«Вскоре после переживания восторга и блаженства для морфиниста все исчезает бесследно, как и не было. Наступает боль, ужас, тьма. Весна гремит, черные птицы перелетают с обнаженных ветвей на ветви, а вдали лес щетиной, ломаной и черной, тянется к нему... Не “тоскливое состояние”, а смерть медленная овладевает морфинистом, лишь только вы на час или два лишите его морфия. Воздух не сытный, его глотать нельзя... В теле нет клетки, которая бы не жаждала... Чего? Этого нельзя ни определить, ни объяснить. Словом, человека нет. Он выключен. Двигается, тоскует, страдает труп. Он ничего не хочет, ни о чем не мыслит, кроме морфия. Морфия!

Сердце начинает стучать так, что я чувствую его в руках, в висках... а потом оно проваливается в бездну, и бывают секунды, когда я мыслю о том, что более доктор Поляков не вернется к жизни... Смерть от жажды – райская, блаженная смерть по сравнению с жаждой морфия. Так заживо погребенный, вероятно, ловит последние ничтожные пузырьки воздуха в гробу и раздирает кожу на груди ногтями. Так еретик на костре стонет и шевелится, когда первые языки пламени лижут его ноги... Смерть, сухая, медленная смерть...»

Синдром отмены диагностируется при наличии не менее трех из следующих признаков: 1) стремление к возобновлению приема ПАВ; 2) насморк или чихание; 3) потливость; 4) тошнота, рвота; 5) учащенное сердцебиение или повышенное артериальное давление; 6) психомоторное беспокойство; 7) головная боль; 8) бессонница; 9) общее недомогание, сла-

бость; 10) переходящие зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии и 11) судорожный припадок с потерей сознания.

Абстинентный синдром формируется через 1–2 месяца регулярного потребления наркотика. В нем выделяют четыре фазы. 1-я фаза возникает через 8–12 часов после последнего приема наркотика. Присутствуют признаки психической зависимости: влечение к наркотику, состояние неудовлетворенности, напряженности. Отмечаются соматовегетативные реакции: расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа». Исчезает аппетит, затрудняется засыпание. 2-я фаза наиболее выражена через 30–36 часов после последнего приема наркотика и характеризуется чувством озноба, сменяющимся чувством жара. Наблюдаются приступы потливости и слабости. В мышцах спины, а затем ног, шеи и рук появляется ощущение неудобства, мышцы тела напряжены. Появляется боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Симптомы 1-й фазы сохраняются, усиливается зевание и слезотечение, чихание доходит до 100 раз подряд.

3-я фаза развивается к концу вторых суток лишения наркотика. Появляются мышечные боли. Мышцы спины, конечностей, реже шеи сводит, тянет, крутит. У части больных возникают судороги икроножных, стопных и других периферических мышц. Высока потребность двигаться. При движении боли поначалу ослабевают, затем усиливаются. Больные не могут найти себе места, ложатся, встают. Вновь ложатся, крутятся в постели. Они напряжены, недовольно-злобны, подавлены, переживают чувство безнадежности и бесперспективности. Признаки предыдущих фаз усиливаются. 4-я фаза появляется на третьи сутки лишения наркотика и длится до 5–10 дней. Появляются боли в животе, через несколько часов – рвота и понос до 10–15 раз в сутки, сопровождающиеся болезненными позывами.

Во время абстинентного состояния больные не могут спать и есть, теряют в весе на 10–12 кг. Давность заболевания и величина дозы усиливают тяжесть состояния. Кодеиновая абстиненция развивается медленнее морфийной, достигает пика на 5–6-е сутки, она менее интенсивна, но более длительна. Менее выражены аффективные явления и расстройства пищеварения. При нелеченном абстинентном синдроме остаточные явления могут сохраняться до 2 месяцев. К ним относятся: периодически возникающее компульсивное влечение к наркотику; недовольство, подавленное настроение; повышенный аппетит; кратковременный сон, иногда бессонница; единичное чихание; периодический озноб или потливость; боль в межчелюстных суставах в начале приема пищи; неспособность к психической и физической нагрузке.

В течении опиомании выделяют три стадии. Патологическое влечение возникает после 30 приемов кодеина, 10–15 инъекций морфина, 3–5 инъекций героина. На 1-й стадии снижается потребность во сне, особенно у кодеинистов. Исчезает зуд, подавлен аппетит, уменьшается количество мочи, появляются запоры. Для достижения прежнего эффекта приходится повышать дозу в 3–5 раз. Через 1–2 суток воздержания появляется чувство напряжения, психического дискомфорта, стремление употребить наркотик. При морфинизме продолжительность 1-й стадии – 2–3 месяца, при использовании опия – 3–4 месяца, кодеина – до шести месяцев. Больным удается скрывать свою наркотизацию.

На 2-й стадии наркотизация регулярна, дозы увеличиваются в 100–300 раз, больные часто поступают на лечение с целью снижения дозы («омоложения»). Действие наркотика перестает ощущаться на физиологическом уровне. Нормализуются стул и мочеиспускание, восстанавливается сон. Однако сужение зрачка стабильно сохраняется. Меняется поведение: если на 1-й стадии болезни наркоман был бодр и подвижен до инъекции и заторможен после нее, то начиная со 2-й стадии заболевания он выглядит вялым и бессильным до инъекции и оживляется после нее.

Продолжительность 2-й стадии опиомании составляет 5–10 лет. В это время формируется стойкий астенический синдром: снижается работоспособность, особенно умственная;

трудно концентрировать внимание, ослабляется память, планомерная работа становится невозможной, исчезает интерес к прежним занятиям. Больные подавлены, раздражительны, слезливы. Они выглядят старше своих лет, истощены, наблюдается дефицит массы тела в 7–10 кг.

На 3-й стадии выражены последствия хронической интоксикации. Преобладают признаки физической зависимости. Толерантность падает приблизительно на треть от прежней дозы, действие наркотика становится исключительно стимулирующим. Для достижения состояния комфорта требуется 1/10 постоянной дозы. Без наркотика у наркомана нет сил передвигаться. Наркотик принимается 3–5 раз в сутки. Абстинентный синдром резко выражен.

1-я фаза абстинентного синдрома возникает через 4–5 часов после лишения наркотика. Больной испытывает тоску и апатию; расширяются зрачки, тело покрывается липким потом, конечности холодеют и становятся синюшными. 2-я фаза наступает через 12 часов воздержания. Появляется ощущение безнадежности, отчаяния, сопровождаемое обездвиженностью. Возникают сжимающие, давящие боли в области сердца. 3-я фаза развивается на вторые сутки отнятия. Тоска становится глубокой, с чувством безысходности. Больные подолгу лежат без сна, отвернувшись к стене, не переносят громкие звуки и яркий свет, аппетит отсутствует. АД снижается до 90–70/60–40 мм рт. ст. 4-я фаза формируется к концу вторых суток после принятия последней дозы. Больные вялы и обессилены, постоянно лежат. Их мучает изнуряющий понос с болезненными позывами и резами в животе. Кожа становится сухой, землистого цвета. На лице у больных выражение скорби, печали, глаза глубоко запавшие, тусклые. Острое абстинентное состояние длится до двух недель, симптомы постепенно ослабевают и исчезают в обратной последовательности в течение 5–6 недель, некоторые сохраняются надолго.

Особенно злокачественное течение опиомании наблюдается у эмоционально неустойчивых психопатов, которые быстро доводят потребление морфия до 3–5 г в сутки. При длительном злоупотреблении опиатами кожа приобретает желтоватый оттенок, как при обезвоживании. Быстрее, чем при других формах наркомании крошатся и выпадают зубы. Выражены расстройства желудочно-кишечного тракта. Отмечается резкое истощение, выраженное преждевременное старение. Героиновый наркоман живет в среднем 7 лет после начала заболевания. Смерть наступает от СПИДа, гепатита или передозировки.

Гашишизм (F12)

В группу каннабиоидов входят препараты, изготавливаемые из конопли (*Cannabis*): гашиш, анаша («план»), марихуана («травка») и пр.

Гашиш является одним из сортов конопли. Гашиш («пластилин», «пласт», «грязь») сильнее марихуаны примерно в 10 раз, он представляет собой смесь смолы, пыльцы и измельченных верхушек конопли, напоминающую темно-коричневый пластилин. Его обычно курят (в кальянах или в смеси с табаком), заваривают как кофе, принимают экстракт, смешанный с пряностями, беленой, дурманом, спиртными напитками, добавляют в пищу, глотают в пилюлях.

Марихуана – другой сорт конопли. Используют ее светлые зеленовато-коричневые размолотые листья и цветущие верхушки травы. Наибольшая концентрация наркотического вещества – до 10 % – содержится в колумбийской марихуане. Продается чаще всего в высушенном и сильно измельченном виде, может быть плотно спрессована в комки. Фасуется обычно в спичечные коробки или тару сходного размера. Ее курят, смешивая с табаком, чаще всего используют пустые гильзы от «Беломора». Сленговые названия марихуаны: бошки, гандж, драч, дым, жареха, конопа, конопель, маняга, марго, маруся, маруха, молоко, сено,

табакерка, шала, шан, шишки, шмаль. Баш, баша, косяк, уголок, штaket, штaketина – папироса, сигарета или самокрутка с марихуаной.

Инттоксикация развивается сразу после курения, достигает максимума через 10–30 минут и длится 2–4 часа. Обостряется восприятие цвета, вкуса и музыки. Сознание сужается, внимание сконцентрировано на общении, постороннее не замечается. Возникает ощущение большей насыщенности времени событиями, ощущение расслабления и парения, сексуальное возбуждение, эйфория с неуместным смехом, чередующаяся с дисфорией. Человек чувствует себя высшим существом, смотрит на приятелей с дружелюбным презрением. При употреблении наркотика в компании участники, индуцируя друг друга, могут без умолка говорить о пустяках, энергично жестикулировать, гримасничать, приплясывать, ломать вещи. Наркоман смеется или плачет вслед за соседом, не испытывая соответствующих чувств. Характерна «деревянная» улыбка, вызванная судорогой мимической мускулатуры. При небольших дозах сохраняется способность иронически наблюдать за собой со стороны. Физиологические эффекты выражаются в мышечном расслаблении, учащении сердцебиения, покраснении глаз, сухости во рту и иногда повышении аппетита. Затем наступает сонливость.

При высоких дозах появляется путаница мыслей, навязчивые звуки, болезненная чувствительность слуха: тиканье часов, жужжание мошкары, малейший шум вызывает ужас. Затем развиваются вялость, апатия. Расстояние до предметов кажется бесконечным, так же бесконечно долго тянутся промежутки времени; изменяется форма и цвет предметов. Наблюдается расстройство схемы тела, диссоциация личности с появлением фантастического психического двойника, порождающего бесчисленные идеи. Легко вызываются внушенные галлюцинации. Нарастают тревога, подозрительность. Отмечается расширение зрачков, сильная сухость во рту, кашель, повышенный аппетит, сердцебиение.

Для диагностики острой интоксикации необходимо: 1) наличие хотя бы одного из нижеперечисленных признаков: а) эйфория и расторможенность, б) тревога, беспокойство, в) подозрительность или параноидные представления, г) ощущение замедления течения времени, д) снижение целенаправленности мышления, е) снижение сосредоточения, ж) снижение скорости реакций, з) слуховые, зрительные или осязательные иллюзии, и) галлюцинации при сохранной ориентировке, к) деперсонализация или дереализация, л) снижение умственной продуктивности; 2) а также наличие не менее одного из следующих признаков: а) повышенный аппетит, жажда, б) сухость во рту, в) покраснение глаз, слезотечение и г) учащенное сердцебиение.

Нередко развивается *онейроид* с грезоподобными фантазиями или погружением в прошлые эмоционально насыщенные переживания. Выражение лица в это время соответствует переживаемому аффекту, в контакт вступить не удастся. Может развиваться интоксикационный делирий, характеризующийся паническими проявлениями, спутанностью сознания, дезориентировкой, деперсонализацией, устрашающими галлюцинациями, бредовым поведением. Больной ярко галлюцинирует, видит диких зверей, преследующих его, убегает от них, проявляет агрессию к окружающим. Им овладевает то ужас, то растерянность, то безудержное веселье. Психоз продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Выход из него происходит через длительный сон и глубокую астению, длящуюся до 2–3 недель.

Передозировка приводит к вегетативному перевозбуждению: зрачки сильно расширены, не реагируют на свет. Лицо гиперемировано, сухость губ и полости рта, голос хриплый, пульс до 120 ударов в минуту, АД 170/130 мм рт. ст. Координация нарушена, тремор, рефлексы повышены. Затем АД падает, наступает оглушение, а иногда и кома, которая может продолжаться несколько часов.

Абстинентный синдром появляется через 6–12 месяцев постоянного употребления наркотика. 1-я фаза абстинентного синдрома развивается через 4–5 часов после курения и

характеризуется расширением зрачков, зевотой, ознобом, вялостью, мышечной слабостью. Возникают беспокойство, дисфория, исчезают сон и аппетит. 2-я фаза появляется к концу первых суток отнятия наркотика. Мышцы напряжены, отмечается мелкий тремор, тики, оживление сухожильных рефлексов. Повышается АД, пульс и дыхание учащаются. Могут возникать спазмы в животе с тошнотой и рвотой, озноб, проливной пот, тремор, возможен гипертонический криз. 3-я фаза возникает на вторые сутки лишения наркотика и протекает с ощущением тяжести и сдавливания в груди, болью и сжиманием в сердце, затруднением дыхания. Больной чувствует сжатие и сдавливание в темени и висках, жжение, неприятное покалывание, ползание, дерганье на коже и под кожей. Компульсивное влечение достигает пика, больной становится плаксивым, развивается астеническая депрессия. На 3–5 сутки воздержания возможно нарастание тревожного беспокойства с переходом в делирий, который длится до недели.

Течение гашишизма проходит три стадии. 1-я стадия наступает через 1–1,5 года систематического потребления наркотика. К этому времени толерантность возрастает до 3–5 сигарет за вечер, гашиш предпочитается алкоголю. Опынение протекает без проявлений страха и тревоги, вегетативные симптомы ослабевают. Появляется obsessивное влечение к наркотику как средству достижения эйфории, без которого возникает неудовлетворенность и беспокойство. Больной активно ищет свой наркотик.

2-я стадия формируется через 3–5 лет систематического потребления наркотика. Начальное психосоматическое расслабление в интоксикации становится очень кратковременным, человек собран, активен, трудоспособен. Темп мышления ускорен, настроение приподнятое, смешливое. Опынение длится 1–1,5 часа, после чего снижается тонус, падает работоспособность, исчезает интерес к окружающему. Толерантность возрастает, спиртное больше не употребляется. Вне интоксикации больной несобран, расслаблен, психическая работоспособность низка. Вскоре падает способность к выполнению физической нагрузки без употребления наркотика, формируется физическая зависимость и compulsивное влечение.

3-я стадия развивается примерно через 10 лет постоянной наркотизации. Толерантность падает, гашиш оказывает лишь стимулирующее действие, преобладает физическая зависимость. Абстинентные состояния затяжные, на первый план выступает астеноипохондрическая симптоматика. Для хронических гашишистов характерна темная желтизна кожи, напоминающая старческую пигментацию, у них происходит сужение легочных путей и возникает эмфизема (расширение грудной клетки), повышен риск туберкулеза и рака легких. У многолетних курильщиков развивается амотивационный синдром: пассивность, отсутствие интересов и побуждений, «выпадение» в процессе беседы и трудности сосредоточения. Встречаются хронические психозы, напоминающие параноидную шизофрению и приводящие к инвалидизации. Марихуана хотя и не вызывает физическую зависимость, но синдром отмены и повышение толерантности к ней способствуют возникновению психической зависимости. Для большинства хронических потребителей марихуаны характерны вялость, ухудшение мышления и самоконтроля.

Пример

Молодой человек 26-ти лет, приведен на консультацию матерью, живет с ней. Мать – биохимик, развелась с мужем из-за его пьянства, посвятила себя работе и воспитанию сына, которого до сих пор тревожно контролирует. Пациент разведен, с бывшей женой и с ребенком не общается. Примерно 10 лет употребляет гашиш. На работе не удерживается; чтобы иметь деньги на наркотик, занялся торговлей угнанными автомобилями. Дважды находился в заключении, там употреблял чифирь, после освобождения возобновил прием гашиша. Болен туберкулезом легких, связывает заболевание с

антисанитарными условиями в тюрьме и издевательствами, которым он подвергался со стороны заключенных. Дома ничем не занимается, опасается нового ареста за нераскрытые «старые дела». Уговорил мать купить автомашину, чтобы зарабатывать извозом. Ездит на машине в состоянии наркотического опьянения, готов погибнуть в аварии.

Больной выглядит намного старше своих лет, истощен, тревожен, неусидчив, невнимателен. Инициативы в беседе не проявляет, неоднократно просит мать завершить консультацию, считая ее бесполезной и утомительной. Жалобы соматического характера, ипохондричен, капризен, раним, при упоминании о травмирующих событиях глаза увлажняются, тяжело вздыхает, просит разрешения закурить. Категорически отказывается от лечения наркомании, просит «выписать чего-нибудь для настроения, от упадка сил», так как мать обещала, что они идут за этим.

В течение 3-х месяцев проводилась семейная терапия, в ходе которой было достигнуто освобождение матери пациента от созависимости, вскрыт и проработан затяжной детско-родительский конфликт, разрешилась тревожная атмосфера в семье, пациент возобновил отношения с ребенком, вместе с матерью начал посещать занятия сообщества Анонимных Наркоманов.

Зависимость от снотворных и седативных средств (F13)

Иные лекарства опасней самих болезней.

Сенека

Снотворные. Хотя распространенность злоупотребления снотворными препаратами сравнительно невысока, ее индивидуальные последствия тяжелее, чем при опиомании и гашишизме. Чаще всего в качестве наркотика применяют соли барбитуровой кислоты – барбитураты. Они были названы так Ф. Бауэром, который открыл их в своей лаборатории в Мюнхене в 1862 г., по имени женщины, сдававшей мочу для исследования (ураты Барбары – барбитураты).

К наиболее распространенным барбитуратам относятся барбитал (амитал-натрий), нембутал (этамилал-натрий), фанодорм (циклобарбитал). Используют также бромурал (производное мочево́й кислоты) и ночной транквилизатор ноксирон. В ряде случаев злоупотреблению предшествует привыкание к назначенным врачом снотворным, развивающееся у людей с нарушенным сном. Эти люди с трудом адаптируются к требуемому суточному ритму, отличающемуся от индивидуального, что проявляется в трех формах.

1. В связи с искажением суточного режима из-за ночных смен или авиаперелетов (особенно с запада на восток, укорачивающих сутки) возникает бессонница, чередующаяся с дневной сонливостью, появляются диспепсические (пищеварительные) и другие психосоматические расстройства. Эта форма особенно характерна для пожилых людей из-за снижения возможностей адаптации и чревата ошибками диспетчеров, авиапилотов, медицинских работников и представителей других профессий, работающих в круглосуточном режиме. 2. Опережающий тип («жаворонки») или отставленный тип («совы»). Первый тип чаще встречается в пожилом возрасте, второй – в молодости. При отставленном типе (позднее засыпание и позднее пробуждение) возникают проблемы из-за частых опозданий на учебу и работу. 3. Дезорганизованный тип. Ночной сон укорочен, зато часты эпизоды дневного сна и «залеживание» в постели. При этом пациенты жалуются на бессонницу.

Инттоксикация снотворными. Обычно взвесь двух-трех растолченных таблеток вводят внутривенно. 1-я фаза возникает «на игле» и длится несколько секунд. Наступает мгновенное оглушение, в глазах темнеет, появляются светящиеся точки, круги, появляется эйфория, чувство «отключения». Наблюдается расширение зрачков, покраснение верхней части туловища и слизистых оболочек, резкая мышечная слабость.

2-я фаза длится 2–3 часа. Отмечается беспричинное веселье, легко сменяющееся гневом, беспорядочная гиперактивность, крайняя отвлекаемость внимания, резкое падение способности осмыслять и оценивать ситуацию. Двоение в глазах, подергивание глазных яблок, расширение зрачков, дизартрия (нарушение артикуляции с затруднением в первую очередь произношения согласных), неустойчивость при стоянии и ходьбе, грубость и размашистость движений. Склеры и кожа лица покрасневшие, кожа с сальным отливом, слюноотделение повышено, на языке появляется коричневый налет. Частота пульса и АД снижены, горячий обильный пот, температура тела понижена.

3-я фаза – беспробудный сон, который длится 3–4 часа. 4-я фаза представлена слабостью, разбитостью, мышечной вялостью, неловкостью движений, тремором. Отмечаются неспособность сосредоточиться, падение сообразительности, головная боль, тошнота, рвота. Аппетит отсутствует, мучает жажда. Выпитый стакан горячей воды приводит к возобновлению признаков опьянения: появляется головокружение, поднимается настроение, возрастает активность.

Для диагностики острой интоксикации требуется: 1) наличие хотя бы одного из следующих признаков: а) эйфория, расторможенность, б) апатия, безразличие, в) конфликтность, агрессивное поведение, г) аффективная неустойчивость, д) снижение сосредоточения, е) амнезия на события, произошедшие непосредственно после выхода из состояния интоксикации, ж) нарушения психомоторики, и) снижение умственной продуктивности; 2) а также наличие не менее одного из следующих симптомов: а) неуверенность походки, б) нарушение координации движений, в) смазанная речь, г) подергивание глазных яблок, ступор или кома и е) покраснения и высыпания на коже в виде мелких пузырьков.

Передозировка: быстро наступает обездвиженность, глубокий сон, переходящий в кому. АД резко падает, дыхание становится частым и поверхностным, кожа резко бледнеет и становится синюшной, температура тела падает. В 10 % случаев передозировки наступает смерть от паралича дыхательного центра.

Синдром отмены диагностируется при наличии не менее трех из следующих признаков: 1) тремор пальцев вытянутых рук, кончика языка или век; 2) тошнота, рвота; 3) учащенное сердцебиение; 4) понижение артериального давления при вставании; 5) психомоторное беспокойство; 6) головная боль;

7) бессонница; 8) слабость, недомогание; 9) преходящие зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии; 10) параноидные представления и 11) судорожный припадок с потерей сознания.

1-я фаза абстинентного синдрома длится до 20 часов после отнятия, больной напряжен, злобен, не может есть и спать, беспокоен. Наблюдается мышечная слабость, озноб, «гусиная кожа», зевота, бледность, потливость, расширение зрачков. 2-я фаза наступает к концу первых суток. Нарастает мышечный тонус, появляются судороги в икроножных мышцах, подергивание отдельных мышечных пучков, мелкий тремор. При ходьбе больной пошатывается, падает. Не может лежать в постели из-за беспокойства, тревоги, дисфории, не переносит шума, света. Учащается сердцебиение, повышается АД. 3-я фаза отмечается через двое суток. К симптомам предыдущей фазы добавляются боли в желудке, рвота, понос, боли в крупных суставах; в области сердца – боли тянущего, давящего характера. 4-я фаза развивается к концу третьих суток воздержания. Возникают судорожные припадки с потерей сознания, прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием (до пяти раз в сутки), кото-

рые повторяются на протяжении последующих трех суток. В это время возникает напряженная дисфория, которая переходит в депрессию или делирий с ярко окрашенными галлюцинаторными образами, монотонностью аффекта и обширной амнезией по выходе из психоза. При этом активность больного ограничена пределами постели.

Развитие наркомании происходит в течение 3–4 месяцев при ежедневном приеме 0,5 г барбитуратов и за 1–1,5 месяца при приеме 0,8 г. 1-я стадия обычно развивается на фоне чередования алкоголя и снотворных. Толерантность постепенно вырастет в 3–5 раз, алкоголизация прекращается, снотворные принимаются и днем в расчете на стимулирующий, эйфоризирующий эффект, каковой и наступает. Вне опьянения больной чувствует неудовлетворенность и беспокойство. Обсессивное влечение заменяется компульсивным. У больных алкоголизмом и психопатиями эта стадия длится всего 2–3 недели, у больных невротами при использовании малых доз она может растягиваться на годы.

2-я стадия протекает в течение 10–12 лет. Через полгода систематического приема появляется физическая зависимость от снотворных, толерантность устанавливается на уровне 0,5 г три раза в сутки. Исчезают наблюдавшиеся ранее двигательные нарушения, отмечается дисфория с приступами гнева, однообразная речь с застреваниями и оскудением словарного запаса. При опьянении наркоман испытывает веселость, довольство, уверенность, комфорт. По выходе из состояния опьянения обнаруживаются палимпсесты.

3-я стадия проявляется в снижении толерантности и утрате способности ощущать эйфорию. Дробные дозы снотворных комбинируются с алкоголем, транквилизаторами и употребляются для активизации, восстановления способности выполнять простую работу. Наблюдаются симптомы хронической интоксикации: расстройство артикуляции и координации движений, отупение. Все поведение определяется компульсивным влечением. Абстинентный синдром длится до 5–7 недель, долгое время отсутствуют инициатива, аппетит и сон, наблюдается апатическая депрессия с суицидальными мыслями. Половину всех попыток самоубийства составляют острые отравления барбитуратами, каждый десятый больше не просыпается.

У хронических больных выражена утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации. Сужается круг интересов, наблюдается эмоциональная неустойчивость, дисфории, депрессия. Глаза и волосы тусклые. Кожа пастозная, бледная с землистым оттенком, покрыта гнойничковой сыпью. Выявляется дистрофия миокарда, гепатит, гипoaцидный гастрит; характерны коричневый налет на языке, потеря аппетита и склонность к запорам. Частое осложнение – токсическая энцефалопатия и диффузное поражение нервной системы.

Транквилизаторы. Злоупотребление транквилизаторами связано с их широкой распространенностью и облегченным доступом к ним, распространенностью самолечения. Регулярно принимают транквилизаторы до 5 % населения, большей частью – женщины. Наиболее популярны быстродействующие и наиболее эйфоризирующие препараты: нитразепам (эуноктин, радедорм), сибазон (диазепам, седуксен, валиум, реланиум). Применяют также хлордиазепоксид (элениум, либриум), нозепам (тазепам, оксазепам), мепротан (мепробамат, кванил), мебикар, триоксазин.

Интоксикация возникает при приеме 3–4 таблеток (у алкоголиков – 5–10) и проявляется в эйфории, подъеме сил, собранности, активности. Ощущаются волны приятного тепла, поглаживание кожи, легкость, парение. Через 2–3 часа возникает дисфория. При передозировке наблюдаются тошнота, рвота, головокружение, проливной пот, икота, двигательная заторможенность, нарушение координации.

Абстинентный синдром возникает к концу первых суток лишения транквилизатора. Больные тревожны, суетливы, у них появляется мелкая дрожь и судороги, они жалуются на тошноту, звон в ушах, болезненную чувствительность слуха, головокружение. Зрочки макси-

мально расширены, отмечается потливость, отсутствие аппетита, затрудненное засыпание. Больные злобны, высказывают идеи о плохом отношении к ним. На 2–4-е сутки повышается АД, учащается сердцебиение, появляются колющие боли в сердце, разлитая боль в животе, понос. К концу первой недели тревога усиливается, возникает речедвигательное возбуждение, судорожные припадки, может развиваться делирий. Продолжительность абстинентного синдрома – до трех недель, затем в течение 1–2 месяцев сохраняется obsessивное влечение, аффективные колебания, нарушения сна, утомляемость.

Зависимость обычно развивается через 1–2 года систематического приема препарата. На 1-й стадии появляется obsessивное влечение к препарату, когда состояние психического комфорта возможно только в интоксикации. Выражены психическая и двигательная активность с поверхностным осмыслением ситуации. Благодушный фон настроения неустойчив, легко возникают гневливые реакции. По выходе из интоксикации отмечаются явления амнезии на пережитый эпизод.

2-я стадия характеризуется появлением компульсивного влечения. Чтобы достичь прежней эйфории, препарат приходится вводить внутривенно. Опынение начинается с оглушения, затем развиваются подергивание глазных яблок, двоение в глазах, нарушается координация движений, повышается АД. Благодушные легко сменяются дисфорией, возбуждением. Длительность опынения сокращается, что вынуждает вводить препарат повторно, при этом нередки передозировки. Вне интоксикации наблюдаются бледность, расширение зрачков, сухость во рту, мелкий тремор, гипертония. Больные не могут выполнять работу, связанную с выполнением точных движений, управлять движущимися механизмами.

3-я стадия отличается падением толерантности, больной возвращается к первоначальной дозе, возобновляет прием алкоголя. Транквилизатор лишь дает возможность собраться, выполнять какую-либо работу, без него отмечаются слабость, апатия, обильные сенестопатии. Больные ощущают себя тяжело больными, требуют назначения транквилизатора, отказываются от другой терапии. Они испытывают дисфорию, депрессию с суицидальными тенденциями. Абстинентный синдром развивается через 2–3 суток лишения ПАВ. В течение 2–4 дней продолжается речедвигательное возбуждение, сменяющееся вялой депрессией с обилием соматических жалоб. Через 2–3 недели депрессия ослабляется, но раздражительность и подавленность сохраняются до 2 месяцев.

Больные выглядят старше своих лет, они бледны и истощены, производят впечатление соматических больных. Лицо становится маскообразным, речь и движения замедлены. Нарастает вялость и мнестико-интеллектуальное снижение, резко падает физическая и умственная работоспособность. Выражена моральная деградация. Обычно уже на 2-й стадии заболевания больные теряют работу, воруют, подделывают рецепты. Смертность этой категории больных в 2–3 раза выше, чем в целом по населению.

Анальгетики и антигистаминные средства. Свободно отпускаемые в аптеках анальгин, амидопирин, фенацетин вызывают эйфорию. Интоксикация вызывает колебания настроения от веселой дурашливости до дисфории. Абстиненция протекает с тревогой, бессонницей, болезненным обострением чувствительности, сильными головными болями, чередованием обильных поносов и запоров, судорожными припадками. Через несколько лет злоупотребления ухудшаются память и интеллект, формируется выраженное снижение уровня личностного функционирования, может развиваться эпилепсия. Больные истощены, кожа приобретает зеленовато-серый оттенок, покрыта лекарственной сыпью. Артикуляция нарушена, кисти рук дрожат, походка неуверенная. Часты соматические осложнения: анемия, нефрит с уремией, нередко приводящий к смерти.

Антигистаминные препараты димедрол и дипразин (пипольфен) назначают для лечения аллергических заболеваний. Они обладают слабым успокаивающим и снотворным действием, что позволяет использовать их в качестве опыняющих средств. Картина опынения

напоминает опьянение транквилизаторами. Интоксикация сопровождается головокружением, головной болью, сухостью во рту, тошнотой. Описан делирий и психоорганический синдром.

☺ – От чего умер ваш дядя?

– Он вместо 15 капель Боткина, как прописал доктор, принял 16.

А. Чехов

Кокаинизм (F14)

Кокаин получают из листьев кустарника кока, который растет на склонах Анд в Южной Америке и веками используется индейцами в качестве стимулятора. В Западной Европе и США кокаин начал распространяться с середины XIX века, особенно после статьи З. Фрейда «О коке», вышедшей в 1884 г. В этой своей первой крупной публикации Фрейд, сам попавший в зависимость от кокаина, рекомендовал его как лекарство от депрессии, неврозов, импотенции, алкоголизма и наркомании, астмы, несварения желудка и сифилиса. В то время порошок кокаина закладывали в нос, где он всасывался через слизистую. После Второй Мировой войны в США появился крэк – препарат кокаина, устойчивый к высокой температуре, который можно курить. С этого времени кокаиновая наркомания стала распространяться среди молодежи. 27 % обращений американцев за экстренной медицинской помощью связано с потреблением кокаина. У 59 % водителей, задержанных за опасную езду, анализ на присутствие кокаина оказывался положительным. У 31 % людей, ставших жертвами убийства, в крови обнаруживался кокаин.

Процесс изготовления кокаина довольно прост. Листья коки вымачивают в баке с негашеной известью, водой и керосином, в результате чего получается «кокаиновая паста». Ее обрабатывают кислотой, и кокаин готов. Порошок кокаина нюхают через пластиковую соломинку. Соль кокаина смешивают с пищевой содой и водой, выпаривают и получают хрупкие пластинки крэка, который разламывают на кусочки и используют для курения. Сленговые названия кокаина и крэка: дутый, кекс, мука, кикер, кокс, нос, свежий, снег, сырой, ускоритель, энергия.

Интоксикация. 1-я фаза представляет собой приступ оглушения сознания с дереализацией, ощущением озарения, блаженства, парения. 2-я фаза: сужение сознания, окружающее не воспринимается, возможны попытки разбежаться и взлететь, по телу пробегают волны приятного озноба, напоминающего оргазм. 3-я фаза: обостренное восприятие окружающего с сужением объема восприятия и синестезиями, когда звуки «видны», цвета «слышны». Появляется высокая многосторонняя творческая активность, общительность, опьяневший становится суетливым и болтливym. Ассоциации быстрые, поверхностные, разорванные, с застреваниями. Возникает эйфорическое чувство любви ко всем людям, сопровождаемое половым возбуждением, повышается сексуальная чувствительность. 4-я фаза: гиперестезия всех органов чувств с непереносимостью громких звуков и светобоязнью, сенестопатиями. Появляется ощущение опустошенности, подавленности, желание покоя, вялость, сонливость без перехода в сон. Кокаин часто принимают вместе с алкоголем, при этом в организме образуется кокаэтилен, который по своим фармакологическим свойствам сходен с кокаином, но значительно токсичнее его, что может привести к смертельному исходу.

Диагноз острой интоксикации ставится: 1) при наличии хотя бы одного из следующих критериев: а) эйфория с ощущением прилива энергии, б) чувство повышенной бодрости, в) тенденция к переоценке собственной личности, грандиозности планов, г) конфликтность, агрессивное поведение, д) аффективная неустойчивость, е) повторяемость, стереотипность поведения, ж) слуховые, зрительные или осязательные иллюзии, з) галлюцинации при

сохранной ориентировке, и) параноидные представления, к) снижение умственной продуктивности и производительности труда; 2) а также при наличии не менее двух из следующих признаков: а) учащенное, а иногда замедленное сердцебиение, б) сердечная аритмия, в) повышенное, а иногда пониженное АД, г) чередование проливного пота с ощущением холода, д) тошнота, рвота, е) потеря веса, ж) расширение зрачков, з) психомоторное беспокойство, а иногда обездвиженность, и) мышечная слабость, к) боли в груди и л) судорожные припадки.

Синдром отмены диагностируется на основании наличия аффективных нарушений (например, подавленности или агедонии), а также не менее двух из следующих симптомов: а) чувство повышенной утомляемости, б) психомоторная заторможенность или беспокойство, в) тяга к кокаину, г) повышенный аппетит, д) бессонница или повышенная сонливость и е) причудливые или неприятные сны.

Абстинентный синдром протекает с преобладанием соматовегетативных расстройств: головной болью, сердцебиением и болями в сердце, одышкой, судорогами мышц лица и языка, тремором, порывистыми, размашистыми движениями, двигательным возбуждением или заторможенностью. Появляются усталость, зевота, озноб, потливость, выраженная тревога, яркие неприятные сновидения, бессонница или повышенная сонливость, повышенный аппетит. Через 2–3 дня возбуждение спадает, больные вялы, плачут от ощущения безнадежности, аппетит отсутствует. Затем наступает длительный глубокий сон. На высоте абстинентного состояния возможно развитие делирия, напоминающего алкогольный, длящегося от 3 до 15 дней. Затем в течение месяца сохраняется паранойяльная и астенодепрессивная симптоматика с приступами тревожности.

Зависимость возникает через 2–3 недели при вдыхании и курении и после первых же внутривенных вливаний, проявляется в сильном желании повторить ощущения.

1-я стадия длится 1–1,5 месяца и проявляется в доминировании удовольствия от опьянения над прежними интересами и занятиями. Суточная толерантность быстро возрастает в 5–6 раз. Первые две фазы опьянения укорачиваются, в третьей фазе отсутствует избыточная двигательная активность, поведение упорядочено, соматические проявления четвертой фазы слабеют. Ритм приема становится циклическим: 2–3-е суток наркотик вводят днем и ночью по окончании действия предыдущей дозы. Наконец наступает психофизическое истощение, заканчивающееся сном, длящимся 1–2 дня. Проснувшись, наркоман ест много жирного и сладкого, испытывает чувство психического дискомфорта, не может сосредоточиться ни на чем, кроме наркотика и вскоре повторяет цикл.

2-я стадия. Дозы кокаина возрастают до 3 г в сутки, инъекции повторяются каждые 2–4 часа. Цикл наркотизации включает 5–10 дней непрерывного потребления и 2–3 дня перерыва. Период эйфории сокращается до 2 часов, яркость восприятия и приятные ощущения резко ослабевают, активность сужается до какой-либо однотипной деятельности. По выходе из состояния опьянения возникает тревога, дисфория. Выражена физическая зависимость от ПАВ, поведение импульсивно, управляется влечением, все внимание сосредоточено на поиске наркотика, больные способны на преступление, агрессию. Отмечается бледность, расширение зрачков, сухость слизистых, тремор, повышение мышечного тонуса и артериального давления, учащается сердцебиение, нарушаются сон и аппетит.

3-я стадия. Циклы укорачиваются, дозы наркотика уменьшаются, его действие выражено слабо, он употребляется в основном для предотвращения абстиненции. При опьянении появляются черты деградации: бессодержательная замедленная вязкая речь с застреваниями, собирательство мелких ненужных предметов. Вместо эйфории возникает взбудораженность, страх. Сон возможен лишь со сновидениями. В абстиненции выражены колебания настроения от гипомании до дисфории, периодически возникает безотчетная тревога. На выходе несколько недель сохраняются выраженные астенодепрессивные проявления.

С момента формирования циклов больные запускают учебу, прекращают работать, конфликтуют с окружающими. Многие кокаинисты галлюцинируют, находятся под действием бреда преследования, постоянно носят с собой оружие. У них нарушается внимание, мышление становится резонерским, банальным, отмечается грубая переоценка своей личности. Появляются сексуальные перверсии: гомосексуализм, садистические формы педофилии и геронтофилии (влечения к пожилым). Через 1,5–2 года потребления наблюдается выраженный регресс психики. Речь становится односложной, появляется грубость, вспыльчивость, злобность, эгоистичность. Больные бездеятельны, грязны, запущены, ведут паразитический образ жизни, продают домашние вещи, не заботятся о детях. Нередко кончают жизнь самоубийством.

Для нюхающих кокаин характерна атрофия слизистых оболочек, хрящей, прободение носовой перегородки. Типичны пигментные пятна на месте гнойников и фурункулов. Больные выглядят существенно старше своего возраста, у них сухая и дряблая кожа, ломкие ногти и волосы, бледное маскообразное лицо, холодные синюшные руки. Стимуляторы со временем истощают собственные ресурсы организма, в результате наступает выраженная астения, могут случаться обмороки, а сочетание перегрева и физической нагрузки может вызвать коллапс и смерть.

Зависимость от стимуляторов (F15)

К стимуляторам относятся амфетамины: фенамин и его производные фенатин и первитин, эфедрин и добываемый из него эфедрон, а также экстази и кофеин. Действие амфетаминов состоит в значительном повышении концентрации норадреналина, высвобождению которого они способствуют, одновременно замедляя его распад. Таким образом, они вызывают состояние общего возбуждения, которое далее приводит к упадку сил. Наркотик вводится в вену. Первое введение сопровождается приливом энергии и эйфории, который длится около часа. Эффект последующих вливаний все слабее, а «ломки» при воздержании все тяжелее. «Скоростные» наркоманы употребляют больше 1 мг каждые 2–3 часа.

Первитин и эфедрон – самодельные стимуляторы, которые начали изготавливать из эфедрина и солутана (средства от насморка), когда эти лекарства еще свободно продавались в аптеках. В настоящее время эфедрон готовят из препаратов, содержащих эфедрин (глазные капли, мазь «сунареф»), раствор бронхолитина, теофедрин, антасман, аэрозоль «эфетин»), обрабатывая их перманганатом калия и уксусным ангидридом.

Легкость изготовления и дешевизна сделали первитин и эфедрон весьма популярными у подростков. По распространенности они уступают только гашишу и опию. Главная опасность этих мощных и плохо очищенных наркотиков – передозировка, чреватая психозом и отеком мозга. Полная зависимость от них наступает быстрее, чем от героина – уже через месяц, и практически не излечивается.

Первитин – готовая к употреблению желтая или бесцветная маслянистая жидкость с запахом яблок. Сленговые названия – болт, варево, вареный, винт, карбид, кроссвордный, масло, сила, скорость, стимул, умный, шуруп. Главные лекарственные компоненты первитина называют эфедрой, порохом, кристаллами. 1 грамм главного компонента первитина – чирка.

Эфедрон – готовый к употреблению розовый или бесцветный раствор с запахом фиалки.

Сленговые названия – бодяга, болтушка, джеф, жидкий порошок, кристалл, курица, марца, марцифаль, мультка. Главные лекарственные компоненты эфедрона имеют сленговые названия: салют, сопли, тефа.

Диагностические критерии интоксикации амфетамином по ДСМ-4.

А. Недавно имевшее место употребление амфетамина или родственного ему вещества (например, метилфенидата).

Б. Клинически значимые, неадекватные изменения психики и поведения (например, эйфория или эмоциональное уплощение, изменения в общении, повышенная настороженность и обидчивость; страх, напряженность или агрессивность; стереотипное поведение; сниженная способность рассуждать или существенное ухудшение социальное и профессиональное функционирование), появляющиеся во время или сразу после потребления амфетамина или родственных ему веществ.

В. Наличие по крайней мере двух из следующих симптомов, появляющихся во время или сразу после приема амфетамина или родственных ему веществ: 1) учащение или урежение сердцебиения, боли в груди или сердечная аритмия; 2) пониженное или повышенное артериальное давление, угнетение дыхания; 3) потливость или озноб; 4) тошнота или рвота, признаки потери массы тела; 5) бессвязность мыслей; 6) расширение зрачков; 7) психомоторное возбуждение или заторможенность, мышечная слабость, судороги, дискинезии, дистония или кома.

1-ю стадию первитинового психоза наркоманы называют «непонятками», так как из-за перевозбуждения мозг перестает реагировать на внешние и внутренние сигналы, человек превращается в «зомби», автоматически подчиняющегося любым командам. На 2-й стадии наступают «заморочки», наркоман застревает на какой-либо стереотипной деятельности. Девушка часами красит губы, выдавливает угри, убирает квартиру; парень курит 10 часов подряд, всю ночь решает один и тот же кроссворд, раздевается и одевается. Ощущение времени при этом теряется. 3-я стадия – бредовой психоз, наркоман чувствует себя проповедником и его «выносит на базар»: он сутками не ест и не спит, бесконечно повторяя одну и ту же простую мысль, которая кажется ему откровением. Невнимание окружающих или попытки остановить наркомана вызывают у него вспышки агрессии, он легко может убить человека или «выйти в окно», чтобы доказать свое «бессмертие».

4-я стадия – галлюцинаторно-бредовой психоз («навязки»), проявляется в приступах страха преследования, устрашающих слуховых и зрительных галлюцинациях. С целью самозащиты наркоман может напасть на случайного человека. При этом его очень трудно остановить, так как его стимулятор придает ему необычайную силу и выносливость, делает нечувствительным к боли. Эта стадия может перейти в делирий («тараканы») с ощущением ползания тараканов под кожей, восприятием звуков, с которыми они грызут плоть наркомана, и запаха разлагающегося тела. Однако рано или поздно «навязки» переходят в «измену» – хронический бредовой психоз. В этом состоянии наркоман сутками обыскивает квартиру в поисках доказательств измен жены, поджидает на лестничной площадке ее «любowników». В конце концов он может неделями обходиться почти без еды и сна, прячась от «врагов» в заброшенных домах, на чердаках или запираясь дома, не реагируя на попытки установить с ним контакт.

Деградация личности наступает уже через полгода наркотизации и сопровождается резким снижением интеллектуального и морального уровня. Полностью утрачиваются прежние интересы и трудоспособность. Больные ведут паразитический образ жизни, воруют, побираются, становятся неряшливыми. У них развиваются спастический энтероколит, гипертоническая болезнь, дистрофия миокарда, мышечная слабость, нарастает физическое истощение.

Экстази – общее название группы синтетических наркотиков, производных амфетамина (mdma – «Адам», meda – «Ева» и др.). Некоторые из них оказывают галлюциногенный эффект. Продаются в ночных клубах, на дискотеках в виде цветных капсул, часто с рисунком. Экстази был запатентован немецкими фармацевтами еще до Первой Мировой войны. Он возбуждает, а со временем разрушает клетки мозга, вырабатывающие серотонин. Экстази

ускоряет реакции, обостряет ощущения и чувства, повышает интеллектуальные способности и сексуальную активность, дает возможность выдерживать экстремальные физические и эмоциональные нагрузки, долго обходиться без еды, сна и отдыха. Одна таблетка дает человеку возможность двигаться без перерыва 10 часов подряд. Во время длительного напряженного танца температура тела может подняться до 40 градусов, что чревато внутрисосудистым свертыванием крови. После прекращения опьянения наступает сильная усталость и сонливость, в течение нескольких дней наблюдается состояние апатии и подавленности.

Психическая зависимость возникает очень быстро, вскоре препарат приходится принимать, чтобы выполнять обычную работу. При этом прежней эйфории уже не возникает, вместо нее наблюдаются тревога, страх, панические состояния, дисфорические реакции, возможна суицидоопасная депрессия. Длительный прием наркотика приводит к истощению нервной системы и дистрофии внутренних органов, значительным неврологическим нарушениям, вплоть до кровоизлияний в мозг. Препарат пагубно влияет на геном человека и, соответственно, на его будущее потомство.

Кофеинизм. Злоупотреблением считается потребление 4–5 чашек кофе в день (0,5 г кофеина) при весе 70 кг. В местах лишения свободы распространено потребление чифиря (заваривается 50 г чая на стакан кипятка). Симптомы передозировки: двигательное беспокойство, тремор, подергивание мышц, головная боль, шум в ушах, покраснение лица, потливость, сердцебиение, учащенное мочеиспускание, тревога, скачки мыслей, сужение сознания, бессонница. После приема кофеина двигательные проявления быстро наступают и довольно скоро исчезают, психическое возбуждение, напротив, устанавливается медленнее и держится дольше. Кофеин способен вызывать панику, тревогу и усугублять паническое расстройство и агорафобию (навязчивый страх людных улиц и площадей); возможны дереализация и даже нарушения сознания и галлюцинации. Хроническое использование приводит к повышению толерантности и формированию зависимости. Об опасном увеличении переносимости кофеина говорит то, что одна чашка кофе уже не повышает тонус, не поднимает настроения, не вызывает ощущения прилива тепла в теле, не дает мочегонного эффекта. Через 12–16 часов после последнего употребления кофеина (в виде кофе, какао, шоколада, чая или колы) появляются головная боль, мышечное напряжение, раздражительность, тревога и утомляемость. Наблюдаются также снижение настроения, сонливость или бессонница. Осложнения: синдром усталости и ишемическая болезнь сердца.

Лечение зависимости от стимуляторов заключается в резкой (а не постепенной) отмене стимулятора наряду с симптоматической терапией. Выделяют четыре направления поиска новых ощущений: потребность в физическом риске и приключениях, в новом жизненном опыте, в растормаживании и снятии социальных запретов, преодолении скуки восприятия. В заключение находят безопасные способы удовлетворения этих потребностей.

Для выхода из кофеиновой зависимости следует предпринимать следующие меры. Постоянно следить за тем, чтобы доза кофеина не превышала индивидуально переносимую. Заменить несколько приемов кофе другими любимыми напитками без кофеина или кофе без кофеина. В свободные дни полностью отказаться от кофе. Затем выделить один рабочий день без кофе. Параллельно необходимо найти замену стимулирующему действию кофе.

☺ — Доктор, что мне делать? Прихожу домой – у жены посторонний мужчина. Я только хочу поднять скандал, а жена говорит мне: «Пойди на кухню, успокойся, попей кофе». И так каждый день.

– Так что же вы хотите от меня?

– Я просто хотел узнать, не слишком ли много кофе пью?

Зависимость от галлюциногенов (F16)

К галлюциногенам относятся ЛСД, мескалин, мускатный орех, псилобицин, эрготамин, циклодол, астматол, димедрол. Они отличаются от остальных ПАВ тем, что вызывают не столько эйфорию, сколько расстройство сознания, восприятия и мышления с явлениями психического автоматизма и наплывом галлюцинаций. ЛСД – синтетический наркотик, не имеет цвета и запаха, продается в виде порошка или жидкости, которой пропитывают бумагу или ткань, разрисованную яркими картинками и разрезанную на дозы.

Опьянение развивается через несколько минут после приема препарата. 1-я фаза эйфорическая, длится примерно полчаса. Появляется ощущение тепла, истомы. Звуки становятся четкими, краски – яркими. Человек многоречив, весел, подвижен. 2-я фаза может длиться 2–3 часа. Появляется двигательная и ассоциативная заторможенность, в речи возникают паузы. Опьяневшего захватывают яркие воспоминания, при этом нейтральное кажется значимым, важное – безразличным. Человек стремится лечь, ощущает парение, его бросает то в жар, то в холод, он наблюдает себя как бы со стороны. Ему кажется, что размеры и расположение частей его тела изменяются, вплоть до их отделения. Может развиваться ощущение себя лицом противоположного пола или неодушевленным предметом. Окружающие предметы непрерывно меняют свои очертания и свойства: холодное кажется горячим, гладкое – колючим. Часты синестезии.

3-я фаза – галлюцинаторная, продолжается в течение 2–3 часов. Опьяневший дезориентирован во времени, окружающей обстановке, собственной личности. Появляются слуховые обманы: щелчки, звонки, а затем и «голоса», к которым присоединяются яркие зрительные образы, чаще в форме четких геометрических фигур. Возникают ощущения, связанные с работой внутренних органов, всплывают воспоминания о давно забытых событиях. Выражены аффективные колебания, опьяневшего одновременно переполняют разнообразные чувства: неизъяснимый восторг, ужас, ярость, витальная тоска. Собственное Я воспринимается отделившимся от тела и парящим в мистическом экстазе или растворившемся в пространстве и времени. Возможны страх сумасшествия, панические реакции, идеи о плохом отношении окружающих к себе, попытки убийства и самоубийства. Типичны различные степени помрачения сознания: делирий, онейроид, сумерки. В ряде случаев развивается затяжной галлюцинаторно-бредовой психоз, который затем может иметь рецидивирующее течение, когда на фоне светлых промежутков, независимо от приема наркотика, могут возникать психотические приступы.

4-я фаза – астеническая. Хорошо запоминающиеся галлюцинаторные переживания, возможно ложное представление о повышении творческого потенциала, кардинальном изменении личности. В 25 % случаев наблюдается «плохой приход», сходный с приступом паники, после которого до месяца может сохраняться психотическая симптоматика. Стрессы могут провоцировать кратковременные – до нескольких часов – состояния, напоминающие опьянение наркотиком.

Течение. Эпизодическое потребление сменяется регулярным, через несколько месяцев развивается психическая зависимость, через год – физическая. Толерантность доходит до 30 таблеток циклодола за один прием.

Тошнота, расстройство пищеварения, потливость, слабость сохраняются и вне интоксикации. Отмечаются суетливость с произвольными движениями, тремор, судороги мышц, боли в мышцах и суставах. Память ухудшается, вплоть до невозможности запоминать простые тексты, мышление становится конкретным, снижаются критические способности, развивается органическое слабоумие. Нарастают возбудимость, вспыльчивость,

тревожность, подозрительность, идеи о плохом отношении окружающих, периоды страха, подавленности с суицидальными тенденциями.

Никотинизм (F17)

Курение позволяет верить, что ты что-то делаешь, когда ты не делаешь ничего.

Ральф Эмерсон

В России курят 60 % мужчин и 25 % женщин, отмечается неуклонный рост систематического курения табака среди детей 9–12 лет. Страстных курильщиков столько же, сколько и алкоголиков, часто эти аддикции сосуществуют. Курящие чаще и в больших количествах употребляют чай, кофе и другие стимуляторы. Выраженная табачная зависимость, требующая лечения, отмечается у каждого четвертого курильщика. От курения умирает больше людей, чем от употребления алкоголя, героина, кокаина, насильственной смерти, СПИДа, авто- и авиакатастроф вместе взятых. Эта цифра составляет 3 млн. человек в год – столько умерло от СПИДа за весь период его массового распространения. В настоящее время в России с курением табака связано 42 % случаев преждевременной смерти мужчин в возрасте 35–69 лет. Курением вызвано 45 % случаев смерти мужчин этого возраста от рака легких, 7 % – от хронических заболеваний легких и 35 % – от сердечно-сосудистых заболеваний. В 2000 г. объединенная группа жертв курения и членов их семей выиграла у ведущих мировых табачных компаний иск на сумму 145 млрд. долларов, поставив их на грань банкротства.

Никотин, содержащийся в табаке, используется как эйфоризирующий стимулятор и анксиолитик (противотревожный препарат). Никотин усиливает выработку серотонина и снижает активность мозговых клеток, что ослабляет тягостные проявления стресса и ведет к возникновению чувства умиротворения. Через некоторое время происходит увеличение количества норадреналина, которое сопровождается приятным повышением активности мозга. Однако оно длится лишь несколько десятков минут, и курильщику хочется взять новую сигарету.

Заметное успокаивающее действие курение оказывает лишь на страстных курильщиков за счет ликвидации симптомов абстиненции. Никотин повышает скорость реакции, обостряет пассивное (неизбирательное) внимание. Повышается уровень сахара в крови и давление крови, усиливается кровообращение. Ритм жизни как бы ускоряется: сердце бьется 15 лишних раз в минуту, однако, с другой стороны, жизнь укорачивается в среднем на 5 лет.

Курение часто ассоциируется с ситуациями застолья, секса. Пускание дыма связано также с архетипами покорения огня (огнепоклонники, Змей Горыныч, Прометей). Большую роль играет реклама, причем надпись «Минздрав предупреждает» вызывает обратный эффект: «Запретный плод сладче». Курильщики, по сравнению с некурящими, более импульсивны и экстравертированы, недоброжелательны, тревожны, часто менее образованы. Они склонны злоупотреблять алкоголем и кофе, чаще разводятся или покидают семью.

Подростки начинают курить из подражания – желания казаться взрослыми, из-за конформности – нежелания отставать от сверстников, из чувства протеста против власти взрослых, с ощущением героического бунта при нарушении запретов. Курение делает подростков раздражительными, вспыльчивыми, у них ослабевают внимание и память, снижается умственная работоспособность, падает успеваемость. Вред табака для подростка усугубляется необходимостью курить тайком, торопливо затягиваясь, что повышает содержание никотина и других вредных веществ в табачном дыме. Особенно много ядов попадает в легкие при докуривании сигареты до конца.

Опьянение выражается в эйфории, которая имеет два варианта: 1) повышение тонуса, просветление сознания, ускорение мышления и 2) приятное головокружение, расслабление и чувство удовольствия. Возникает ощущение, что курение повышает работоспособность, улучшает самочувствие и настроение.

Диагноз острой интоксикации ставится при наличии: 1) хотя бы одного из следующих признаков: а) бессонница, б) причудливые сны, в) аффективная неустойчивость, г) дереализация, д) снижение умственной продуктивности, 2) а также хотя бы одного из следующих признаков: а) тошнота или рвота, б) проливной пот, в) учащенное сердцебиение и г) сердечная аритмия. Защитными реакциями на никотиновое отравление являются сухость и першение в горле, кашель, головокружение, головная боль, слюнотечение, тошнота и рвота, боли в животе и понос. Исчезновение этих реакций свидетельствует о сформировавшейся *никотиномании*.

Абстинентный синдром развивается в среднем через 1,5 часа после выкуривания последней сигареты. Отмечается ощущение стеснения в груди, затруднение дыхания, першение в горле, сухость во рту или обильное выделение слюны. Появляется потребность жевать, дискомфорт в желудке и кишечнике, что воспринимается как повышение аппетита. Развиваются астенические расстройства: раздражительность, вспыльчивость, слезливость, подавленность до безразличия к жизни, повышенная утомляемость, слабость, хотя могут быть и состояния двигательного беспокойства, суетливости.

Сон становится поверхностным, с обильными сновидениями, бессонница чередуется с сонливостью.

Диагноз абстинентного синдрома ставится при наличии не менее двух из следующих признаков: а) тяга к употреблению табака, б) недомогание, слабость, в) тревога, г) дисфория, д) раздражительность или беспокойство, е) бессонница, ж) повышенный аппетит, з) кашель, и) изъязвление слизистой полости рта и к) снижение сосредоточения.

Течение. 1-я стадия продолжается 3–5 лет. Курение приобретает систематический характер, избирается определенный сорт сигарет; увеличивается количество сигарет, выкуриваемых за день. В 85 % случаев никотиновая зависимость начинает формироваться после выкуривания первой сигареты. Психическая зависимость проявляется в двух формах: психосоциальной, которая отражает стремление курильщика к самоутверждению, достижению социального доверия и признания, и сенсорно-двигательной, связанной с эстетическим и чувственным удовольствием от самой процедуры курения. Фармакологическая зависимость имеет три формы: потворствующая (гедонистическая), седативная (для успокоения при стрессе) и стимулирующая (для сохранения концентрации внимания в напряженной ситуации). Выраженная физическая зависимость обусловлена развитием абстиненции при лишении никотина 2-я стадия растягивается на много лет. Толерантность повышается, человек выкуривает 1–2 пачки в день. Возникает потребность в дополнительных допингах: крепкий чай, кофе, алкоголь. Через сутки после воздержания или попытки снизить дозу у никотин-зависимого появляется по крайней мере четыре из следующих признаков: страстное желание закурить; раздражительность, фрустрация или злобность; тревожность; трудность сосредоточения внимания; беспокойство; урежение сердцебиения; повышение аппетита. Курильщиков беспокоит кашель по утрам, ощущение тяжести в голове, раздражительность. У них ухудшается работоспособность, днем отмечается сонливость, ночью трудно заснуть.

3-я стадия проявляется в падении толерантности с появлением дискомфорта от высоких доз никотина, исчезновением прежних приятных ощущений от курения, падением психического влечения; курение становится автоматическим. Абстиненция выражена в виде тяжести в голове и головной боли, снижения аппетита, усиления жажды, потливости, колебаний пульса и температуры. Ночью приходится просыпаться, чтобы выкурить сигарету, курение облегчает кашель при пробуждении.

У 70 % больных в первые три месяца воздержания отмечаются рецидивы из-за сохраняющейся тяги к табаку, которая усиливается после еды, выпивки, при пробуждении, при умственном и эмоциональном напряжении, а также при виде других курильщиков и ощущении запаха табачного дыма. Попытки перейти на более легкие сорта безуспешны, так как нужная доза получается за счет глубоких затяжек и увеличения количества выкуриваемых сигарет.

В.В. Макаров (1999) описывает пароксизмальную форму течения никотинизма у больных с признаками психоорганического синдрома. У них появляются вегетативные расстройства; развитие фобических, депрессивных и дисфорических симптомов сочетается с потреблением непомерно больших доз никотина. Ослабление психопатологической симптоматики приводит к полному или частичному воздержанию в течение некоторого периода. Затем цикл повторяется.

У хронических курильщиков повышается раздражительность, ухудшаются память, слух и зрение, снижается работоспособность. Разрушаются зубы, развиваются воспалительные заболевания полости рта, снижается иммунитет. У мужчин снижается качество спермы, женщины рожают неполноценных детей с синдромом отравления никотином или страдают бесплодием. Развиваются ранний сосудистый склероз, гипертоническая и ишемическая болезнь сердца, язва желудка, рак полости рта, пищевода и других органов. Специфическим заболеванием является облитерирующий эндартериит, приводящий к зарастанию просвета мелких артерий нижних конечностей, что приводит к болям в них, перемежающей хромоте, гангрене, начинающейся с пальцев. Характерно, что больные не могут отказаться от курения даже после ампутации части конечности. З. Фрейд, уже умиравший от рака верхней челюсти, связанного с непрерывным курением, выковыривал черенком столовой ложки протез, закрывающий дефект верхнего неба, и курил.

Макаров (там же) выделяет 3 уровня никотинизации, которые выявляются с помощью следующего опросника. 1. Курю иногда, но прекращать совсем не хочется. Когда не курю, даже не вспоминаю об этом. Могу не курить в течение недель и месяцев. Затем снова закуриваю. 2. Курю регулярно, каждый или почти каждый день. Могу прекратить курение. На самочувствии это не отражается. Я легко прекращаю курение, но почему-то начинаю снова. 3. Курю регулярно. Прекратить курение трудно. Когда делаю перерыв, ищу возможность закурить. Курение отрицательно отражается на моем здоровье.

1-й уровень – вредная привычка, 2-й – можно прекратить благодаря лишь консультативной психологической помощи, 3-й – необходима психотерапия на фоне медикаментозного лечения.

Для **лечения** никотинизации используется жевательная резинка с блокатором никотина лобелином, а также препараты, содержащие малые дозы никотина, облегчающие явления абстиненции. К ним относятся: жевательные таблетки с никотином, никотиновый ингалятор, интраназальный никотиновый спрей и накожный никотиновый пластырь. Трансактный анализ курения, по Макарову (там же), выглядит следующим образом. Для Ребенка сигарета – атрибут взрослости и мужественности, владение запретным плодом, магическое обладание огнем и дымом. Запреты Родителя лишь укрепляют порочный круг. Когда Взрослый решает бросить курить, Ребенок заговорщически нашептывает: все курят, ради чего отказываться от удовольствия, брошу с понедельника, с Нового года, «кто не курит и не пьет...». Когда Взрослый прекращает курить, Ребенок провоцирует: давай закурим, ну только одну затяжку, зачем так мучиться? Когда через несколько недель курить уже почти не хочется, Ребенок предлагает: надо испытать, действительно ли не потянет? Раз не тянет, можно себе позволить разок и покурить и т. д.

Программа отказа от курения по Макарову состоит из 5 шагов. 1-й шаг. Разделить лист бумаги на 2 части: «Польза курения» и «Вред курения». Под каждым заглавием столбиком

перечислите все ваши аргументы «за» и «против» курения. Попросите близкого человека добавить свои пункты. Подберите пищевые добавки для уменьшения вреда курения в соответствии с нарушенными функциями. 2-й шаг. Как курить меньше? – Позволять себе курить, только когда очень хочется. Сделать курение самостоятельным делом, не курить во время работы, на ходу, при чтении, перед телевизором, за рулем. 3-й шаг. Как курить еще меньше? Сменить стереотип: курить в непривычных для себя местах, постоянно менять сорта сигарет, изменить саму процедуру потребления табака: если курил в компании, курить в одиночестве и наоборот. Заменить приятные ощущения во рту и руках: грызть семечки, орешки, сладости. 4-й шаг. Удастся ли мне сейчас прекратить курение? Расширить территории, свободные от курения: место работы, дом, улица. Полностью отказаться от курения один день в неделю. Затем увеличить число таких дней. Ослаблять желание курить путем глубокого дыхания, отвлечения, самовознаграждения, сна. При мысли «Как хочется курить!» думать: «Какой же я сильный, раз побеждаю даже такое сильное желание!» 5-й шаг. Полный отказ от курения. Выбрать удобное время и место для прекращения курения: поездка, интенсивная работа и другие обстоятельства, в которых меньше обычного хочется курить.

Автор также заключает с пациентом контракт следующего типа: «Я, Ф.И.О., разрешаю себе получать удовольствие от выкуривания трех сигарет в день. Контракт действует с 01.12 по 31.12. 2002 г. Подпись». Клиента не ограничивают в числе выкуренных сигарет, но предлагают выбрать качественный табак, время, место и подходящее настроение, чтобы в полной мере насладиться тремя сигаретами. Все остальные выкуривать «равнодушно».

Противораковое общество США предлагает 2 рецепта отказа от курения. Рецепт 1. Примите решение выкуривать одну сигарету в час. Затем постепенно увеличивайте интервал без курения на полчаса. Затрудните себе доступ к сигаретам – например, оберните пачку скотчем. Держите сигарету другой, непривычной для вас рукой. Покупайте сигареты, которые вам особенно неприятны. Не покупайте больше одной пачки. Измените условия курения: откажитесь от места, где вы любите курить, от сигарет с кофе. Сообщите близким, друзьям, коллегам, что вы намерены бросить курить. Если вы не курите один день, можете не курить еще один. Попробуйте! Если вы не выдержали и закурили, не огорчайтесь. Попробуйте еще раз.

Рецепт 2. Каждый день курите на одну сигарету меньше. Каждый раз перед выкуриванием сигареты принимайте по этому поводу специальное решение. Оттягивайте каждое курение. Носите с собой только одну сигарету, и вы убедитесь, что стремитесь не израсходовать ее. Откажитесь от курения хотя бы на один день. Затем еще на один. И так день за днем. Сообщите окружающим о вашем намерении прекратить курение. Публичное заявление укрепит вашу решительность и ответственность. Назначьте себе точное время, когда вы прекратите курить, и сделайте это. Спрячьте все связанное с курением: сигареты, зажигалки, пепельницы. Переставьте мебель в комнате, где вы курите особенно часто. Запаситесь жевательной резинкой, карамелью, семечками, орехами – чем-нибудь, что вы любите, и используйте это, когда захочется закурить.

Применяется также такое усложнение процедуры курения, что за него приходится платить чересчур дорогой ценой, к тому слишком долго ожидая удовольствия. Так, перед курением человек должен занести в дневник время, место, свои мысли и занятия на тот момент, затем сделать 10 отжиманий, затем минуту смотреть на картинку с изображением больных легких.

При гипносуггестивной терапии пациентов с никотиновой зависимостью я выявлял, какие запахи и вкусы являются наиболее неприятными для пациента, и затем применял следующую формулу внушения.

«Когда вы ощущаете запах табачного дыма, вы чувствуете запах...

Когда ваш рот наполняется табачным дымом, во рту появляется вкус...

Когда табачный дым попадает в горло, он вызывает у вас чувство жжения, как будто тысячи мелких иголок колют легкие. Внутри саднит, печет, начинается неукротимый кашель. Вы задыхаетесь в табачном дыму, им невозможно дышать. Копоть от табачного дыма осажается на легких, воспаляет, разрушает их. Из-за курения вы часто кашляли, легко простужались, болели. Никотин отравлял ваш мозг, разрушал ваши нервы, ослаблял вашу волю. Вам противно и стыдно сосать эту соску для слаонервных взрослых. У вас хватит сил и решимости навсегда бросить эту вредную привычку – курить. Ваше решение бросить курить – твердое и окончательное. Вам легко обходиться без курения. Без него вы чувствуете себя свободным и самостоятельным. Вид курящего человека вызывает у вас лишь снисходительную улыбку. Вы спокойно проходите мимо табачных киосков. Вы теперь некурящий, и это наполняет вас радостью и гордостью».

Пунктуальным пациентам могут помочь следующие рекомендации (см. с. 128).

1. Не курите натошак, старайтесь как можно дальше отодвинуть момент закуривания первой сигареты.
2. Не курите за 1,5–2 часа до приема пищи.
3. Не курите сразу после еды.
4. При возникновении желания закурить повремените с его реализацией и постарайтесь чем-нибудь себя занять или отвлечь.
5. Постарайтесь заменить курение легкими физическими упражнениями или прогулкой.
6. Замените сигарету стаканом сока, минеральной воды, жевательной резинкой, несладкими фруктами.
7. Всякий раз, беря сигарету, кладите пачку подальше от себя.
8. Не носите с собой зажигалку или спички.
9. После каждой затяжки опускайте сигарету.
10. Перестаньте глубоко затягиваться.
11. Выкуривайте сигарету только до половины.
12. Прекращайте курить, как только в вашем присутствии кто-нибудь закурит.
13. Покупайте каждый раз не больше одной пачки сигарет.
14. Покупайте сигареты разных марок, а не только свои любимые.
15. Старайтесь как можно дольше не открывать новую пачку сигарет.
16. Курите стоя или сидя на неудобном стуле.
17. Не курите, когда руки заняты каким-либо делом.
18. Перестаньте курить на работе.
19. Перестаньте курить в квартире.
20. Не курите на улице.
21. Не курите, когда ожидаете чего-то (телефонного звонка, автобуса на остановке и т. п.).
22. Не курите, когда смотрите телевизор, слушаете музыку, пьете кофе и т. д.
23. В часы отдыха выбирайте наиболее приятное для вас занятие, но не курите.
24. Когда у вас кончились сигареты, ни у кого их не заимствуйте.
25. Отказывайтесь от каждой предложенной вам сигареты.

Вначале пациенту предлагают выбрать 3–4 самых легких для него правила. Когда он начинает постоянно их соблюдать, переходят к следующему – и так до тех пор, пока самоконтроль не укрепится настолько, что человек сможет отказаться от курения вообще.

☺ – Как это вы умудрились сломать обе руки сразу?

– Да не ломал я их! Они в гипсе, потому что я пытаюсь бросить курить.

Зависимость от ингалянтов (F18)

В качестве ингалянтов (летучих растворителей – ЛР) используют бензин, ацетон, хозяйственный клей, краски, лаки, аэрозоли, полироли. «Нюхачи» вдыхают ЛР с помощью заложенной в нос ваты, пропитанной токсичной жидкостью, или непосредственно из упаковки, при этом на голову часто надевается пластиковый пакет. «Аппликаторщики» накладывают смоченную ацетоном тряпку на выбритый затылок. Используют ЛР в основном дети и подростки из малообеспеченных слоев общества.

Симптомы легкой интоксикации подобны интоксикации алкоголем, седативными и снотворными препаратами. После 3–5 вдохов ЛР возникает першение в горле, слезотечение и двоение в глазах, шум в голове, тепло и расслабление конечностей, легкое оглушение с последующим психомоторным беспокойством. Затем появляется эйфория с чувством превосходства, неуязвимости, парения. Цвета становятся яркими и контрастными, слова и другие звуки повторяются, как многократное эхо. Части тела кажутся удлинненными или укороченными, движения становятся неуклюжими, речь – смазанной; опьяневшие подростки падают, потешаются друг над другом.

Диагноз острой интоксикации ставится на основании: 1) наличия хотя бы одного из следующих признаков: а) апатия, безучастность, б) конфликтность, агрессивное поведение, в) аффективная неустойчивость, г) снижение целенаправленности мышления, д) нарушение сосредоточенности и памяти, е) психомоторная заторможенность, ж) снижение умственной продуктивности; 2) а также не менее одного из следующих признаков: а) шаткость походки, б) нарушение координации движений, в) смазанная речь, г) подергивание глазных яблок, д) помутнение зрения, двоение в глазах, е) мышечная слабость, ж) нарушения сознания (например, ступор или кома).

Вдыхание паров **бензина** в течение более чем 10 минут приводит к развитию делирия с яркими зрительными галлюцинациями, часто устрашающими, иногда сопровождающимися тематически связанными с ними слуховыми галлюцинациями (угрозы, рычание зверей и т. п.). Опьяневшие принимают галлюцинации за реальность, относятся к ним со страхом и любопытством.

При опьянении парами **пятновыводителей**, растворителей нитрокрасок, ацетоном, толуолом происходит наплыв ярких образных фантазий – обычно на приключенческие и сексуальные темы. Если пары вдыхают с перерывами в несколько часов, развивается онейроид. Стены начинают двигаться, пол проваливается, опьяневший попадает в иные миры, его душа отделяется и растворяется в космосе. Он отрешен от окружающего, перед его взором разворачивается захватывающий фильм, однако понимание субъективного происхождения галлюцинаторных образов сохраняется. Иногда он видит «внутренним взором» отделившиеся части своего тела, мозг, внутренние органы, себя со стороны.

Для опьянения **клеем** характерен онейроид с красочными «лилипутскими галлюцинациями»: опьяневшие говорят, что им показывают «мультимики». Часто появляются одни и те же сцены, тот же персонаж.

Наряду с галлюцинированием, при вдыхании ЛР нарушается восприятие окружающего, возникает дезориентация, агрессивность, импульсивность. При прекращении ингаляции галлюцинации быстро исчезают, появляется критическое отношение к ним. Затем насту-

пает заторможенность с атаксией, дизартрией, головной болью. Возможна амнезия периода опьянения. При передозировке могут развиваться нарушения сознания, припадки и кома.

После 4–5 эпизодов вдыхания ЛР происходит переход к систематическому употреблению, при этом развивается непереносимость алкоголя. Отмечается рост толерантности, дозы увеличиваются в 2–3 раза, пары вдыхают в группе из двух-трех человек или в одиночку, несколько раз в день, не таясь от окружающих. Учеба, семья отходят на второй план. Меняется форма опьянения: эйфория, психосенсорные расстройства и галлюцинации возникают уже при первых вдохах ЛР, исчезают неприятные соматические и неврологические симптомы. Появляется способность контролировать вдыхания, поддерживать определенную глубину опьянения и управлять галлюцинациями. Галлюцинирующий подросток внешне упорядочен, прогуливается с компанией, посещает дискотеки и т. д.

Абстинентный синдром возникает через 3–6 месяцев систематического употребления ЛР. В первый день появляются подавленность и дисфория, тупая тяжелая головная боль, расширение зрачков, потливость, двигательное возбуждение с тремором и мышечными подергиваниями. На вторые сутки развиваются тревожность, недоверчивость, подозрительность, нарушения сна, грубые реакции протеста, больной отказывается от еды. Учащается пульс, повышается АД, возникают боли в мышцах. Больные залеживаются в постели, жалуются на тоску, высказывают суицидальные мысли. Это состояние длится 1–2 недели.

Течение безремиссионное. Уже через 2–3 месяца систематического потребления ЛР наблюдается резкое снижение умственной работоспособности, утрата интереса к учебе. Агрессивное поведение в опьянении ведет к частым правонарушениям. Возможны побеги из дома, драки, кражи, грабежи, акты сексуального насилия. Потребление ЛР часто сменяется алкоголизмом или другими формам наркоманий со злокачественным течением.

Обычные **соматические осложнения** – истощение, снижение аппетита, тошнота, гипотония, токсический гепатит и нефрит, поражение костного мозга, резкое снижение иммунитета. Наблюдаются периферические невриты, токсическая энцефалопатия с психоорганическим синдромом, который в течение 1,5–2 лет приводит больного к инвалидизации. Бывают случаи, когда опьяневший из-за потери сознания не может снять с головы пакет и умирает от асфиксии. Вдыхание этилированного бензина и сжиженного нефтяного газа из баллончиков для заправки зажигалок чревато пожаром или взрывом.

Психология наркомании

Наркомания – это многолетнее наслаждение смертью.
Франсуа Мориак

Эйфоризирующий эффект наркотиков во многом обусловлен компенсаторными механизмами, которые нейтрализуют их вредное воздействие на мозг. Также имеет значение установка на получение удовольствия и условно-рефлекторное влияние привычной обстановки и окружения. Если наркоман принимает, например, героин в непривычное время и в новом месте, когда условные раздражители, вызывающие компенсаторный эффект, отсутствуют, обычная доза может оказать небывало сильный эффект и даже повлечь за собой смертельный исход. Попав в больницу или в следственный изолятор, наркоман обнаруживает, что в течение пары недель может обойтись без наркотиков без особого труда. Однако, оказавшись в своем привычном окружении, он возобновляет прием ПАВ. Известно, что из вьетнамских ветеранов, пристрастившихся к наркотикам во время войны, дома вернулись к их употреблению лишь 7 %. Поэтому для избавления от наркомании необходимо максимально возможное изменение окружения.

Более половины наркоманов происходит из неполных или распавшихся семей, в которых родители страдали алкоголизмом, психопатиями, депрессией. Часто возникновению наркомании способствует отсутствие других детей в семье, конфликты между родителями, излишне заботливая или, наоборот, властная мать. В.Д. Менделевич (2001) описывает тип «наркогенного» отца, для которого характерны: повышенная требовательность к себе и своему окружению (в частности, к жене и ребенку), трудоголизм, нежелание считаться с индивидуальными, возрастными особенностями ребенка и особенностями ситуации. Его отличает также эмоциональная холодность в сочетании с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, часто носящая поверхностный характер и не сопровождающаяся желанием понять и эмоционально принять собеседника. Отцу или другим родственникам наркомана часто свойственно аддиктивное поведение, которое проявляется в форме трудоголизма, сверхценных увлечений (в частности, аддикции оздоровления), алкогольной зависимости, гемблинга, религиозного фанатизма и т. п. Это позволяет говорить о семейном аддиктивном сценарии.

В формировании подростковой наркомании важную роль играет психическая незрелость подростка, выражающаяся в пониженной критичности к себе, обидчивости, ранимости, неспособности самостоятельно принимать решения и планировать действия, противостоять внешнему влиянию. Факторами риска являются педагогическая запущенность, контакты с асоциальными сверстниками, депрессивные расстройства, низкая способность справляться с проблемными ситуациями.

Э. Эриксон (1996а) отметил, что во время кризиса подросткового возраста индивид глубоко вовлечен в процесс интеграции *эго-идентичности*. Идентификация, по Эриксону, включает ощущение преемственности между прошлым и настоящим, чувство постоянства, а также целостное ощущение Я, включающее цели, задачи и стиль жизни наряду с сексуальной идентификацией. Диффузия идентичности, которая в той или иной степени наблюдается у всех подростков, особенно выражена у юношей и девушек, имеющих психологические проблемы. Она характеризуется чувством неуверенности, незащищенности и бесцельности. Подросток, не знающий, что он из себя представляет, начинает принимать алкоголь и наркотики из стремления к самопознанию, с целью нащупать внешние границы своего Я, ускользающие от него, когда он послушно функционирует в трезвом упорядоченном мире. Употребление ПАВ также помогает юношам и девушкам временно «выходить из себя», ослабляя

кризис идентичности с его болезненными конфликтами с родителями и сверстниками и мучительными колебаниями в выборе профессии. Участие в группе наркоманов облегчает обретение статуса, который зависит здесь не столько от личных качеств, сколько от возможностей добывания наркотика, предоставления места для сбора компании и т. п.

А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991) обнаружили у всех обследованных наркозависимых подростков акцентуации характера (в контрольной группе – лишь у половины). Были выявлены следующие типы акцентуаций: неустойчивый, гипертимный, эпилептоидный и истероидный. Для подростков, употребляющих наркотики, характерны следующие личностные факторы:

- повышенные, по сравнению с благополучными сверстниками, толерантность к отклоняющемуся поведению, критицизм по отношению к социальным институтам общества (школа, семья) и отчужденность от них; импульсивность, а также восприимчивость к новым идеям и впечатлениям, интерес к творчеству;
- низкая ценность достижений, академических успехов, общепринятых норм поведения; чувство психического дискомфорта, выражающееся в высоком уровне стресса и апатии;
- возлагание ответственности за свое благополучие на внешние источники, сниженная самооценка.

ПАВ выполняют для подростка следующие важные функции: поддерживают чувство взрослости и освобождения от родителей; формируют ощущение принадлежности к группе, а также среду неформального общения; дают возможность отыгрывать сексуальные и агрессивные побуждения, не направляя их на людей; помогают регулировать эмоциональное состояние; реализуют творческий потенциал подростков через экспериментирование с различными веществами (Змановская, 2003).

Первое знакомство с наркотиком чаще всего обусловлено следующими мотивами: желанием удовлетворить любопытство; стремлением испытать чувство принадлежности к определенной группе; давлением группы; попытками выразить свою независимость, а иногда враждебное отношение к окружающим; стремлением достичь подъема настроения; потребностью достичь полного покоя и расслабления; попытками уйти от чего-либо гнетущего. Первому знакомству с наркотиками способствуют такие факторы (по степени значимости), как отклонения личности; особенности социальной ориентации: отсутствие устойчивых, социально ориентированных интересов, антисоциальные поступки, алкоголизация, осведомленность об эйфоризирующем воздействии ПАВ; стремление уклониться от учебы и работы; неблагоприятные особенности воспитания: неполная или дисфункциональная семья, воспитание у родственников или в детском доме, безнадзорность; потакающее воспитание, препятствующая выработке у подростка чувства долга и ответственности; особенности влияния значимой группы сверстников; общение с правонарушителями и преступниками, компанией наркоманов, дельцами наркобизнеса (Шабанов, Штакельберг, 2001).

Обычно наркоманы объединяются в группы под влиянием следующих факторов: страх передозировки наркотика и надежда, что группа спасет; наркопритоны специально снабжаются наркодельцами; совместный криминальный поиск средств и добычи наркотиков; взаимовыручка перед лицом внешней угрозы со стороны семьи, правоохранительных органов, врачей, граждан; наличие сильного лидера или лица, способного удовлетворить потребность в наркотиках; совместные действия и яркие, эмоционально насыщенные переживания; отсутствие обычных обязанностей, независимость от общества и семьи (Гоголева, 2002). В группе молодых наркоманов нередко нет лидера, ее стабильность построена на слепом выполнении каждым членом группы своей функции, а попытка оставить группу грозит издевательствами и побоями (Залыгина и др., 2004).

Р. Мэй (1997) связывает распространенность наркомании среди молодежи с последствиями сексуальной революции, которая привела к тому, что бунт против родителей реали-

зуются в увлечении наркотиками, смещающим секс на второй план. Он отмечает, что до приема наркотиков у пациентов отмечались признаки половой слабости из-за того, что они не могли вынести отключение чувства Я, происходящее в момент эякуляции. Наркотик притушает чувство неполноценности, сексуальные желания больше не тревожат наркомана или он может продолжать половой акт бесконечно, не доходя до оргазма. После излечения наркомании либидо и потенция обычно возрастают по сравнению с началом заболевания. При этом лечение должно быть направлено на открытие наркоманом своей силы и обретение им умения пользоваться ею. Такую возможность дает группа взаимопомощи, в которой сильный лидер, возможно, член группы, заменяет пациенту отца. Наркомана резко критикуют за его поведение, не боясь вызвать его ярость, но направляют ее в конструктивное русло «социального интереса» (по Альфреду Адлеру).

У наркозависимых часто выявляется преморбидная отягощенность неврозами, психопатиями и акцентуациями характера, аффективными расстройствами, вялотекущей шизофренией, органическими поражениями мозга. В группу риска входят лица, стремящиеся к самоутверждению, повышению своего социального статуса и престижа, бегству от депрессии. Наркоманами чаще всего становятся люди, которые в силу конституциональной предрасположенности испытывали при приеме наркотиков приятные ощущения. Невротики зачастую применяют ПАВ для того, чтобы компенсировать свое состояние или отреагировать те чувства, которые они обычно подавляют. Наркотизация, в свою очередь, усиливает проявления личностных и аффективных расстройств, обостряет течение психических болезней. По мере психопатизации личности (а психопатические личности – с самого начала) больной выбирает наркотик, который усиливает имеющиеся личностные расстройства. Еще Крепелин отмечал, что астенические психопаты предпочитают морфий и окончательно уходят в наркотические грезы, доходя до глубокой степени истощения. Вязкие эпилептоидные психопаты предпочитают снотворные и галлюциногенные препараты, истероиды – транквилизаторы, шизоиды – опиаты и гашиш.

Психодинамика. Джойс МакДугалл (2002) полагает, что наркоман бросает тройной вызов: 1) нарциссический вызов наркотику как материнскому интроекту (теперь ты никогда не сможешь бросить меня!); 2) садистический вызов отцовскому интроекту (я плюю на твое отношение ко мне!); 3) нарциссический вызов смерти (тебя нет для меня!), который затем сменяется на мазохистский (приди!).

Наркоманы используют анальгетики и опиаты для ослабления агрессивных импульсов; депрессанты – для смягчения гипертрофированных ригидных защит, держащих их в состоянии внутренней изоляции, пустоты и холодности. Барбитураты избавляют от чувств страха, гнева, стыда, неудовлетворенности, неполноценности; они помогают преодолеть чувство одиночества, пробуждают стремление к симбиотической связи с заботливой сильной личностью. Эйфоризирующие ПАВ облегчают переживания скуки и подавленности; стимуляторы избавляют от вялости, апатии или гиперактивности, которые являются проявлениями слабых или раздутых структур Эго-идеала у депрессивных и нарциссических личностей. Амфетамины устраняют чувство пустоты и отсутствия радости жизни, снимая внутреннее напряжение и создавая ощущение активного и агрессивного овладения миром. Кокаин растормаживает сексуальные и агрессивные влечения, облегчая наркоману контакт с основными слоями своей личности, без чего он не чувствует себя реально живым. Галлюциногены приводят к разрушению высших психических функций, избавляя наркомана от ощущений пустоты, отсутствия смысла и неудовольствия, связанных с наличием этих функций. На смену приходят архаические фантазии с иллюзией примитивной грандиозной Самости и слияния с Великой Матерью.

У наркоманов выявляются такие черты образа Я, как неверие в себя, низкая самооценка, чувства неполноценности и вины, склонность прибегать к психологическим защи-

там. Основными формами их психологической защиты являются отрицание, регрессия и компенсация. *Отрицается* внутренняя важность переживания, в частности депрессивных чувств. С помощью *регрессии* к более раннему уровню психического функционирования наркоман пытается избежать актуальной тревоги, становясь беззащитным перед тревогой, свойственной той стадии, к которой он регрессировал. С помощью *компенсации* он избегает тревоги, связанной с нерешенными проблемами, направляя свою активность в более безопасное русло. Следует отметить контраст между низкой самооценкой наркомана и высоким уровнем его притязаний.

Наркоман постоянно жалуется на недовольство, внутреннее напряжение, ненависть к себе, подавленность, неспособность любить, нежелание жить. Вследствие патологии развития Эго и Суперэго, а также недостаточной ауто-агрессивной работы печали, настоящая депрессия у наркоманов не развивается. Их агрессия направляется на других людей, общество в целом. Наркоманы относятся к миру хуже, чем алкоголики. Если последние, пытаясь справиться с депрессивной скукой, с одержимостью набрасываются на работу, наркоманы отвергают любую форму упорной, продолжительной деятельности.

Для наркоманов характерно более сильное, чем у алкоголиков, садистическое воздействие примитивного Суперэго еще в преморбиде, ведущее к агрессивному поведению, особенно с родителями и другими авторитетами. От этих конфликтов страдают, прежде всего, сами наркоманы. Садистическое влияние Суперэго проявляется также в постоянных несчастных случаях и наносимых себе увечьях. Подобное поведение связывают с контрфобической защитой, которая призвана доказать наркоману его неуязвимость перед лицом добровольно драматизированных ситуаций, символизирующих смертельную опасность.

Фенихель (2004) заключает, что аддикты действуют так, как если бы любое напряжение грозило им тяжелой травмой. Они воспринимают это напряжение как предвестника явной угрозы существованию, так же, как младенец воспринимает чувство голода. Поэтому их основной целью становится не достижение удовольствия, а избегание напряжения и боли. Фенихель предположил, что химическая зависимость защищает от воздействия болезненных внешних и внутренних стимулов. Если внешние стимулы можно изменить простой сменой социальных условий, то никакой специальной терапии не требуется. Терапия будет менее успешной при наличии заметных ранних нарциссических отклонений. Чем меньше времени прошло с момента возникновения зависимости, тем больше шансов на то, что лечение будет успешным. Необходима предварительная фаза терапии, помогающая пациенту осознать, что он болен. Не следует ожидать от пациента абсолютного воздержания от употребления наркотических веществ в начале лечения.

С. Радо в 1926 г. опубликовал работу «Психические эффекты интоксикации, или попытка развить психоаналитическую теорию патологических желаний». Вначале он предлагает базовую концепцию боли, успокоения, снотворного и стимулирующего воздействия наркотических веществ. Затем ссылается на положение Абрахама об эротической природе наркотической эйфории и описывает фармакогенный оргазм, отличающийся от полового оргазма, как одну из целей употребления наркотиков. Он отмечает, что эйфория ведет к потере чувства реальности, уходу от нее и формированию примитивной либидинозной организации, которая характеризуется наличием агрессивных и аутоагрессивных проявлений.

В 1933 г. в своей следующей работе «Психоанализ фармакотимии» Радо вводит понятие психотимии, обозначая им болезнь, заключающуюся в сильной тяге к химическим веществам. Он описывает напряженную депрессию в сочетании с нетерпимостью к боли как реакцию на фрустрацию. При этом химические вещества вызывают бурную радость, замещающую сексуальный оргазм. В объектах любви больше нет никакой необходимости, и аддикт чувствует себя неуязвимым, поскольку с ним (с ней) больше ничего не может случиться. Однако затем наступает фармакотимический кризис, у которого есть три возможных

исхода: 1) суицид, при котором пациент считает, его счастье состоит в окончательном уходе из реальности; 2) бегство во временную ремиссию и 3) вхождение в состояние психоза, в иллюзорную реальность.

Кохут (2003) отмечает, что наркотик служит не заменителем любимых и любящих объектов или отношений с ними, а замещением дефекта Самости наркомана. Этот дефект возник по причине того, что ребенок слишком рано почувствовал, что не может полностью контролировать мать в соответствии со своими потребностями: как если бы она являлась частью его самого. Принимая наркотик, он символически овладевает его магической силой, однако дефект Самости остается: «Это похоже на то, как если бы человек с огромной фистулой в желудке пытался утолить едой свой голод».

Ханзян (2000) объясняет компульсивную готовность наркомана терпеть любые муки, связанные с потреблением ПАВ, ради того, чтобы хотя бы на время избавиться от своей глубинной психической боли. Автор предполагает, что в основе этой боли лежит перенесенное в детстве травмирующее обращение близких родственников (абьюз). Результатом абьюза стало хроническое болезненное аффективное состояние, не имеющее словесного, образного или иного символического представления (в результате изоляции аффекта, алекситимии и ангедонии). Наркотическая «ломка» становится средством преобразования пассивных переживаний в активный опыт контроля над собственными болезненными чувствами.

Вермсер (2000) в качестве основных защит, наблюдающихся при наркомании, выделяет отрицание и изоляцию аффекта, превращение пассивной позиции в активную, с отыгрыванием вовне. Следствием отрицания становится расщепление и нарушение преемственности Эго, что приводит к разорванности чувства Я и общей неустойчивости. Ненадежность и непредсказуемость наркоманов возмущает окружающих и унижает самих больных. Защитой от этого становится ледяная корка нарциссизма, прикрытая привлекательным шармом антисоциального психопата.

Люрссен пишет:

«Словно младенец, наркоман реагирует смесью из отвергающей ярости и одновременно стремления к абсолютной защищенности. При этом невыносимое напряжение переживается с детским чувством того, что окружающие обязаны предоставить ему облегчение и защитить. Когда эта помощь не приходит, а детские чрезмерные притязания не удовлетворены, наркоман чувствует себя обманутым в своих элементарных потребностях. Окружение воспринимается как жестокое, бессердечное и враждебное, и годится любое средство, лишь бы облегчить это отчаянное положение. Поэтому наркоман полагает также, что не несет никаких обязательств перед обществом, которое не сумело ему помочь. Вместо людей, в которых он разочаровался, наркоман возлагает все свои надежды на магически исцеляющее воздействие наркотика. Наркотик представляет для наркомана особый объект, на который сместилась и переполнила его либидинозная и агрессивная энергия. Подобно первичным объектам, он является одновременно притягательным и пугающим. Наркоман то стремится к наркотику, то проклинает его, никогда не достигая полностью интегрированного его образа».

(Люрссен, 2001, с. 114)

Раннее выявление наркомании

В доме появляются бумажные пакетики с порошком, целлофановые упаковки с темно-коричневыми кусочками пластичной массы, спичечные коробки с зеленовато-травянистым порошком, разноцветные таблетки с выдавленными на поверхности картинками и символами, марки, не очень похожие на почтовые.

Родители могут находить в доме упаковки от таблеток и шприцов, ампулы, трубочки из фольги, мелкие квадратики вощеной бумажки, пустые гильзы от папирос, неиспользованный табак или кусочки каких-то растений, закопченные ложки. На коже подростка обнаруживаются следы инъекций, он может носить с собой различные пузырьки и целлофановые пакеты, предметы, которые можно использовать в качестве жгута: резинку, провод, шнур и т. п.

Подросток часто ходит на рынок, проявляет повышенный интерес к справочникам лекарств и химическим реактивам (особенно к кристаллическому йоду, белому фосфору, ацетону). В доме пропадают медикаменты из аптечки, деньги, вещи или, наоборот, у подростка откуда-то появляются деньги, он что-то скрывает от родителей, часто врет. Подросток часто проветривает комнату, окуривает ее благовониями, использует освежители воздуха и дыхания, одеколон и дезодоранты.

Учащаются необъяснимые отлучки из дома, при этом подросток неспособен даже приблизительно сказать, сколько он будет отсутствовать. Он необычно долго разговаривает по телефону, уносит его в свою комнату, вместо старых друзей у него появляются таинственные новые знакомые, которые «забегают на минутку» (передают наркотики?). Обычно они старше его, странно себя ведут, знакомить с ними родителей подросток не хочет. Он постоянно опаздывает в школу, уходит с последних уроков (уменьшается способность к концентрации внимания из-за абстиненции), часто прогуливает занятия, на уроках сонлив, не выполняет домашних заданий, у него ухудшается успеваемость. Отрицает, что наркотики могут приносить вред. У него появляется равнодушие к учебе, спорту и прежним увлечениям, нарастает чувство ущербности и неполноценности.

Подросток отказывается обсуждать с родителями свои проблемы, игнорирует семейные праздники, уменьшает контакты, изолируется. У него появляются немотивированные резкие перепады настроения, он то ведет себя по-детски сумасбродно, то угрюм и демонстрирует негативное отношение ко всему, залеживается в постели. Появляется потребность в немедленном удовлетворении своих желаний, нетерпеливость и импульсивность.

Подросток начинает часто употреблять жаргонные выражения, непонятные взрослым термины. В разговоре он повторяется, выразительность речи снижается, она становится торопливой, невнятной и иногда бессвязной, понижается тембр голоса, растягиваются окончания слов. У подростка ухудшается аппетит, он худеет, а иногда вдруг высказывает необычный аппетит и страстную потребность в сладком. Повышается утомляемость, возникают частые простуды, желудочные боли и судороги в мышцах, головокружение, обмороки, потеря сознания. Утренняя вялость контрастирует повышенной активностью по вечерам. Нередко подросток спит днем и бодрствует ночью. Появляется сексуальное безразличие, у девушек нарушается менструальный цикл.

Подросток выглядит усталым, неряшливым, у него красные, опухшие, малоподвижные глаза, они могут блестеть или быть тусклыми, зрачки часто сужены и слабо реагируют на изменение освещенности. Повышается потливость, кожа становится холодной и липкой, пальцы – бледными. При использовании инъекций подросток постоянно носит одежду с длинными рукавами.

После курения гашиша от одежды долго исходит своеобразный сладковатый запах. От кожи лица, пальцев рук, волос может пахнуть жженой листвой, ацетоном, уксусом, бензином. Следы летучих растворителей можно обнаружить на лице, руках и одежде; замечен специфический запах изо рта. Характерны покраснение и сыпь вокруг рта и носа, раздражение век и глаз, сухость и воспалительные явления слизистых верхних дыхательных путей, постоянный кашель и чихание. У «аппликаторщиков» бывает выбрит затылок, кожа которого становится покрасневшей и раздраженной. При употреблении опиатов больной ночью бродит по квартире, а днем спит. Курение марихуаны выдают покрасневшие сухие губы, «стеклянные» глаза, а принимающих эфедрон отличает гладкий, отечный, густо-красный язык. Для потребителей галлюциногенов характерны яркий румянец на бледных щеках, яркие губы, замедленность движений, речи и мышления, попытки разговаривать с неодушевленными предметами и другие странности в поведении.

Е.В. Змановская (2003) приводит анкету для раннего выявления родителями зависимости у подростка.

Вопросы – Баллы

Обнаружили ли вы у ребенка:

1. Снижение успеваемости в школе в течение последнего года. – 50
2. Неспособность рассказать вам о том, как протекает общественная жизнь в школе. – 50
3. Потерю интересов к спортивным и другим внеклассным мероприятиям. – 50
4. Частую, непредсказуемую смену настроения. – 50
5. Частые синяки, порезы, причины появления которых он не может объяснить. – 50
6. Частые простудные заболевания. – 50
7. Потерю аппетита, похудание. – 50
8. Частое выпрашивание денег у вас или других родственников. – 50
9. Понижение настроения, негативизм, критическое отношение к обычным вещам и событиям. – 50
10. Самоизоляцию, уход от участия в семейной жизни. – 50
11. Скрытность, уединенность, задумчивость, длительное прослушивание магнитофонных записей. – 50
12. Позицию самозащиты в разговоре об особенностях поведения. – 50
13. Гневливость, агрессивность, вспыльчивость. – 50
14. Нарастающее безразличие к окружающему, потерю энтузиазма. – 100
15. Резкое снижение успеваемости. – 100
16. Татуировки, следы ожогов сигаретой, порезы на предплечьях. – 100
17. Бессонницу, повышенную утомляемость, сменяющуюся необъяснимой энергией. – 100
18. Нарушение памяти, неспособность мыслить логически. – 100
19. Отказ от утреннего туалета, незаинтересованность в смене одежды и т. п. – 100
20. Нарастающую лживость. – 100
21. Чрезмерно расширенные или суженные зрачки. – 200
22. Значительные суммы денег без известного источника дохода. – 300
23. Частый запах спиртного или появление запаха гашиша от одежды. – 300

24. Потерю памяти на события, происходившие в период опьянения. – 300

25. Наличие шприца, игл, флаконов, закопченной посуды, марганца, уксусной кислоты, ацетона, растворителей. – 300

26. Наличие неизвестных таблеток, порошков, соломы, травы и т. п., особенно если их скрывают. – 300

27. Состояние опьянения без запаха спиртного. – 300

28. Покраснение глазных яблок, коричневый налет на языке, следы от уколов. – 300

Слышали ли вы от ребенка:

1. Рассуждения о бессмысленности жизни. – 50

2. Разговоры о наркотиках. – 100

3. Отстаивание своего права на употребление наркотиков. – 200

Сталкивались ли вы со следующим:

1. Пропажей лекарств из домашней аптечки. – 100

2. Пропажей из дома денег, ценностей, книг, одежды и т. д. – 100

Случалось ли с вашим ребенком:

1. Задержание в связи с употреблением опьяняющих средств на дискотеках, вечерах и т. п. – 100

2. Задержание в связи с вождением автотранспорта в состоянии опьянения. – 100

3. Совершение кражи. – 100

4. Арест в связи с хранением, перевозкой, приобретением или сбытом наркотиков. – 300

5. Другие противоправные действия, происходящие в состоянии опьянения (в том числе – алкогольного). – 100

Если вы обнаружили более чем 10 признаков и их суммарная оценка превышает 2000 баллов, можно с большой вероятностью предположить химическую зависимость.

Степень риска зависимости от **стимуляторов** выявляют с помощью опросника Цукермана (по: Данилин, 2000).

Из каждой пары утверждений выберите более характерное для вас.

1. а) Я бы предпочел работу, требующую многочисленных разъездов и путешествий.

б) Я бы предпочел работать на одном месте.

2. а) Меня взбадривает свежий, прохладный день.

б) В прохладный день я не могу дождаться, когда попаду домой.

3. а) Мне не нравятся все запахи человеческого тела.

б) Мне нравятся все запахи человеческого тела.

4. а) Мне не хотелось бы попробовать какой-нибудь наркотик, который мог бы оказать на меня незнакомое воздействие.

б) Я бы попробовал какой-нибудь из незнакомых наркотиков, вызывающих галлюцинации.

5. а) Я бы предпочел жить в идеальном обществе, где каждый безопасен, надежен и счастлив.

б) Я бы предпочел жить в неопределенные, смутные дни нашей истории.

6. а) Я не могу вынести поездку на машине с водителем, который любит скорость.

б) Иногда я люблю ездить на машине очень быстро, т. к. нахожу это возбуждающим.

7. а) Если бы я был продавцом, то предпочел бы твердый оклад, а не сдельную оплату с риском заработать мало или совсем ничего.

б) Если бы я был продавцом, то я бы предпочел работать сдельно, т. к. у меня была бы возможность заработать.

8. а) Я не люблю спорить с людьми, взгляды которых резко отличаются от моих, поскольку такие споры всегда неразрешимы.

б) Я считаю, что люди, которые не согласны с моими взглядами, больше стимулируют мое мышление, чем люди, которые согласны со мной.

9. а) Большинство людей тратят слишком много денег на страхование.

б) Страхование – это то, без чего не мог бы позволить себе обойтись ни один человек.

10. а) Я бы не хотел оказаться загипнотизированным.

б) Я бы хотел попробовать оказаться загипнотизированным.

11. а) Наиболее важная цель в жизни – жить на полную катушку и взять от нее столько, сколько возможно.

б) Наиболее важная цель в жизни – обрести спокойствие и счастье.

12. а) В холодную воду я вхожу постепенно, дав себе время привыкнуть к ней.

б) Я люблю сразу нырнуть или прыгнуть в море или холодный бассейн.

13. а) В большинстве видов современной музыки мне не нравится беспорядочность и дисгармония.

б) Я люблю слушать новые и необычные виды музыки.

14. а) Худший социальный недостаток – быть грубым, невоспитанным человеком.

б) Худший социальный недостаток – быть скучным человеком, занудой.

15. а) Я предпочитаю эмоционально-выразительных людей, даже если они немного неуравновешенны.

б) Я предпочитаю людей спокойных, даже «отрегулированных».

16. а) У людей, едущих на мотоциклах, должно быть, есть какая-то неосознаваемая потребность причинить себе боль, вред.

б) Мне бы понравилось водить мотоцикл или ездить на нем.

Полученные ответы соотносятся с ключом:

1а, 2а, 3б, 4б, 5б, 6б, 7б, 8б, 9а, 10б, 11а, 12б, 13б, 14б, 15а, 16б.

Каждый ответ, совпавший с ключом, оценивается в 1 балл.

Полученные баллы суммируются. Риск аддикции к стимуляторам высок при сумме баллов больше 10.

Диагностические тесты для выявления наркотиков в моче свободно продаются в аптеках.

Психотерапия

Наркоман демонстрирует серию поведенческих стереотипов и других феноменов, которые затрагивают весь спектр биопсихосоциальной структуры человека. По этой причине успешные программы лечения должны быть направлены на биологические, психологические и социальные проблемы пациента. Лечение выраженной зависимости от жестких наркотиков проводится в закрытом стационаре в несколько этапов.

1. Детоксикация показана больным с полной утратой контроля, которые не могут уменьшить дозировку наркотика; при отравлениях наркотиком, симптомах передозировки, психозах. Используют тиосульфат натрия, сульфат магния, унитиол. Антагонистом опиатов служит налтрексон, барбитуратов – бемеград, стимуляторов – бромкриптин.

2. Купирование абстинентных состояний с помощью адреноблокатора пирроксана, транквилизаторов, нейролептиков, сульфазина. При выраженном болевом синдроме дополнительно назначают анальгетики, холинолитики, мышечные релаксанты, противосудорожные средства. При бессоннице используют аппарат «Электросон». Высокое артериальное давление и сильные головные боли являются показанием для применения гипотензивных средств, постепенного снижения дозы наркотика.

3. Общеукрепляющая терапия включает инъекции витаминов А, В, С, РР, Е, прием глицерофосфата кальция, фитина. Улучшению метаболизма нервной ткани служат милдронат, ноотропы и пищевые добавки, содержащие аминокислоты.

4. Патологическое влечение подавляется тироксином, нейлептилом, сонапаксом. Налтрексон не дает опиатам вызывать эйфорию. Аверсионная терапия направлена на формирование рвотной и других неприятных рефлекторных реакций на наркотик.

В 90-х гг. появился бупренорфин – заменитель запрещенного в РФ метадона. Он вызывает «ощущения удовольствия», характерные для героина, но действует как его частичный антагонист. Этот препарат, в отличие от метадона, не вызывает физической зависимости, его прием можно прекратить без тяжелых симптомов отмены. На сегодняшний день бупренорфин в сочетании с поведенческой терапией лучше всего поддерживает состояние воздержания у опийных наркоманов.

При развитии абстиненции у подростка необходимо измерять АД из-за опасности коллапса. Состояние можно облегчить 2–3 таблетками баралгина, спазмалгона, аспирина. Нельзя пользоваться спиртосодержащими сердечными каплями – валокордином, корвалолом. Мышечные боли ослабляет массаж.

При категорическом отказе подростка от госпитализации рекомендуют (Данилин, Данилина, 2001а) следующее лечение. Утром натощак давать препараты, улучшающие обмен нервных клеток: лимонтар (2 таб. разжевать и запить водой); биотредин (10 таб. жевать и сосать); глицин (3 таб. жевать и сосать). После завтрака: 2 таб. антидепрессанта аурорикса, 1 таб. противосудорожного препарата депакин-хроно-300, 1 таб. стимулирующего транквилизатора грандаксина и 2 таб. стугерона для улучшения мозгового кровообращения. Перед обедом: 1 таб. лимонтара, 10 таб. биотредина, 3 таб. глицина. После обеда: 1 таб. аурорикса, 1 таб. грандаксина, 2 таб. стугерона. На ночь: 5 таб. глицина, 1 таб. противосудорожного препарата финлепсина по 100 мг, 1 таб. депакин-хроно-300, 2 таб. стугерона. Прием снотворных опасен!

В наркологическом стационаре больной находится 2–4 недели, в это время применяются традиционные методы отечественной психотерапии:

- рациональная психотерапия – разъясняются причины болезни, больному указывается на зависимость между неправильным пониманием ее причин и динамикой болезни, предоставляется информация о прогнозе болезни, способах и эффективности лечения;

- гипносуггестия – терапевтические внушения в трансовом состоянии сознания, направленные на усиление мотивации к лечению, мобилизацию психологических ресурсов, укрепление уверенности в выздоровлении, профилактику рецидива;

- эмоционально-стрессовая психотерапия – активное рационально-эмоциональное воздействие, направленное на подчинение депрессивных и ипохондрических мотивов духовным, социальным и семейным;

- аутогенная тренировка – самовнушение лечебных формул в бодрствующем состоянии сознания на фоне мышечной релаксации;

- наркопсихотерапия – терапевтическое внушение в гипноидном состоянии сознания, вызванном введением тиопентала натрия, гексенала, барбитала и т. п. средств;

- игровая психотерапия и терапия творчеством – участие в ситуационных ролевых играх и обсуждении произведений литературы и искусства, создание собственных работ;

- коллективная психотерапия – клинические беседы с врачом, обсуждение биографий и историй болезни, использование элементов групповой динамики.

Для профилактики срыва важно обучить наркомана контролировать признаки влечения:

- мысль о безопасности однократной «пробы»;
- убежденность в неспособности к какой-либо деятельности, чувство лени;
- безосновательное чувство обиды;
- немотивированные вспышки гнева;
- приятные воспоминания о состоянии «прихода» при полном забвении «ломок»;
- антипатия к людям, пытающимся удержать от потребления ПАВ;
- необоснованные упреки родным в своих бедах;
- симпатия к компании наркоманов и продавцам наркотиков.

Высокую эффективность **гипносуггестивной терапии** наркоманов объясняют (Симонова, 2001а) ее способностью обходить сопротивление, потребностью наркоманов в измененном состоянии сознания и возможностью использовать их опыт пребывания в трансе в лечебных целях. А.В. Ларионов (1997) предлагает следующую схему суггестивной терапии. Выявление ключевых (пусковых) моментов принятия наркоманом решения «употребить наркотик». Осознание наркоманом этих моментов. Встраивание в подсознание наркомана генератора «любви к себе» и «ответственности». Обучение наркомана самостоятельному вхождению в трансовое состояние при возникновении ощущений, связанных с физической или психологической зависимостью.

Автор применяет **поведенческий групповой тренинг** отказа от наркотика, включающий следующие приемы. Взгляд прямо в глаза предлагающему наркотик, крик «нет!» и уход. Обвинение в адрес предлагающего наркотик: «Ты что мне предлагаешь? Я же сказал “нет”, ты что, дурак?». Полное молчание, которое может сопровождаться мимикой и жестами; при этом обычное общение становится невозможным, и предложения прекращаются. Создание негативного образа наркотика: потери денег, нищеты, утраты здоровья, опустившегося человека, тюрьмы, плачущей матери. Четкое и однозначное публичное заявление о своем выходе из игры, подкрепленное представлением о риске утраты своего Я: «Если я уколюсь, то буду...».

Цитренбаум с соавторами (1998) создают для пациентов модели поведения, альтернативные аддиктивному, которые могут дать им те выгоды, которые они раньше получали от аддикций. Авторы рекомендуют следующие приемы. Предложите на рассмотрение пациента множественный выбор возможных альтернатив. Для определения подходящих альтернатив наблюдайте за невербальными сигналами или реакциями. Дайте пациенту указание сознательно и бессознательно работать над конструированием альтернатив в промежутках между терапевтическими сеансами. Предложите пациенту идентифицироваться с кем-

нибудь, кого он любит или кем он восхищается. Тогда пациент сможет перенять у него более адаптивные способы заботы о себе. Дайте пациенту указание наблюдать между сеансами терапии, какие способы поведения используют другие люди для получения похожих выгод.

Для повышения уверенности в себе используется ассертивный тренинг, для борьбы со страхами – систематическая десенсиитизация (постепенное столкновение с все более пугающими объектами) и парадоксальная интенция (намеренное утрированное представление своего страха с ироническим доведением его до абсурда).

Бюрингер и Ферстль (2003) систематизировали методы поведенческой терапии, применяемые при различных нарушениях у наркозависимых.

Расстройства	Мероприятия
1. Нарушения психических функций 1.1. Нарушения восприятия: многочисленные изначально нейтральные внутренние и внешние раздражители становятся условными стимулами для поведения, связанного с зависимостью (напр., абстинентные явления, стремление принять ПАВ, его приобретение и потребление)	Сбор информации об индивидуальных стимулах; ведение дневника; «остановка мыслей»; скрытый контроль; скрытая сенсibilизация; когнитивные пробы; тренинг навыков отказа (ролевая игра)
1.2. Расстройства памяти: выраженное нарушение концентрации внимания	Постепенное увеличение сложности заданий (с помощью контрактов)
1.3. Расстройства мышления или способности решать проблемы: - продолжительные периоды навязчивых мыслей о переживаниях во время приема ПАВ, новом употреблении и его положительных последствиях, о путях его приобретения; - решение проблем с помощью нового приема ПАВ	«Остановка мыслей»; тренировка альтернативного поведения; анализ проблем и тренинг принятия решения; модификация ложных убеждений относительно ПАВ
1.4. Расстройства речи: - ограниченный набор слов для выражения эмоций; - словарный запас, связанный с наркотической тематикой (у молодых наркоманов еще и специфический для субкультуры сленг)	Дезактуализация понятий, связанных с потреблением ПАВ; методы самоконтроля
1.5. Эмоциональные расстройства: - неуравновешенное и неадекватное ситуации импульсивное поведение (вербальное и физическое агрессивное поведение, склонность к уходу от решения проблемы, депрессивное поведение); - быстрая смена настроения	Самонаблюдение; коммуникативный тренинг; ролевые игры; формирование позитивной Я-концепции

<p>1.6. Мотивационные расстройства:</p> <ul style="list-style-type: none"> - низкая способность к компромиссам; - низкая способность к преодолению трудных ситуаций и выполнению длительных заданий; - низкая толерантность к событиям, не предвещающим быстрого успеха; - неспособность спокойно переносить неудачи 	<p>Обзор проблемных ситуаций; ступенчато усложняющиеся контракты; реатрибуция ответственности; проектирование; ролевые игры</p>
<p>1.7. Расстройства психомоторики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сильно замедленная или ажитированная психомоторика в зависимости от фармакологического действия ПАВ 	<p>Исчезновение симптоматики после длительного воздержания; упражнения по активизации; релаксационный тренинг</p>
<p>2. Нарушения развития, оказывающие влияние на образ жизни (начало злоупотребления ПАВ приходится на подростковый или юношеский возраст):</p> <ul style="list-style-type: none"> - не соответствующее возрасту «детское» поведение (напр., неспособность взять на себя ответственность); - неспособность к самостоятельному образу жизни; - отсутствующее или прерванное школьное или профессиональное образование; - неумение планировать свое свободное время; - отсутствие друзей или наличие знакомых только среди наркоманов; - отсутствие партнерских отношений (или партнеров связывают проблемы доступа к ПАВ); конфликтные партнерские и сексуальные отношения 	<p>Контракт (напр., принятие на себя ответственности); формирование интересов (профессиональных, досуговых); ролевой тренинг (собеседования о приеме на работу, общение, уверенность в себе); поэтапное увеличение часов ежедневной работы (система баллов); тренинг решения проблем и принятия решений; планирование своего будущего; супружеская и сексуальная терапия</p>

Распространенной формой когнитивно-поведенческой терапии является **антиципационный** (предвосхищающий) тренинг, в котором используются следующие принципы. Отказ от претензий – «Мне никто ничего не должен». Отказ от однозначности – «Это может значить все что угодно». Отказ от фатальности – «Все возможно». Выработка стратегии «предвосхищающего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

В процессе тренинга выявляется расхождение между прогнозом, делаемым пациентом, и реально происходящим событием. Устанавливается связь между ошибочными прогнозами и наркоманическим поведением. Во время групповых занятий проигрываются и обсуждаются такие ситуации, как предложение употребить наркотик, выпить, закурить; измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого человека, неблагодарность со стороны окружающих и т. д. Таким образом вырабатывается установка: «Надейся на лучшее, но готовься к худшему». Подробнее с методами поведенческой терапии можно ознакомиться в книге В.Г. Ромека «Поведенческая психотерапия» (2002).

А. Щербakov и Ю. Власова (2003) начинают **психодраматерапию** наркозависимых со следующих шагов: эмоциональное присоединение терапевта к пациенту, снятие навязанной роли, открытое приглашение задать роль – «за чем именно ты пришел». При этом используются специфические техники: утрированное дублирование, провокации, озвучивание скрытого сообщения: «Ты действительно считаешь себя безнадежным?» Авторы формируют группы молодых людей с различными диагнозами, не включая в них созависимых, с которыми работают отдельно. Используются сказки Андерсена («Девочка, наступившая на хлеб», «Красные башмачки», «Ель», «Девочка со спичками», «Дочь болотного царя», «История одной матери»), Гауфа («Карлик Нос», «Маленький Мук»), Ш. Перро («Ослиная шкура»), братьев Grimm («Ганс и Гретель»), русские народные сказки («Гуси-лебеди», «Финист—Ясный сокол», «Колобок»), легенду о Парцефале и мифы о Психее, Персефоне, Аиде и Деметре, Тезее и Минотавре.

Психоанализ остается единственной формой психотерапии, в рамках которой могут быть проработаны глубокие регрессивные конфликты, лежащие в основе болезни. При этом необходимо учитывать низкую способность наркоманов переносить фрустрацию, постоянную угрозу рецидива и прекращения лечения. Пациент должен быть способен развить позитивный перенос и интроецировать аналитика в качестве «хорошего объекта». При этом

контрперенос затруднен агрессией, порождаемой бесконечными и ненасытными оральными фантазиями пациента, так, что терапевт подвергается постоянной опасности дать слишком мало или слишком много. Терапевтический процесс направлен на осознание функции токсичных объектов и связанных с ними фантазий, отказ от веры в то, что ПАВ являются самыми надежными объектами, и готовность заменить их аналитиком, а затем значимыми другими.

Следует постоянно помогать больному выявлять, осознавать и преодолевать саморазрушительные защиты, которые он использует для маскировки или отрицания собственной уязвимости. Из-за глубокого расстройства объектных отношений наркоманы чрезвычайно болезненно реагируют на прерывание лечения и тем более на смену терапевта. Эту и ряд других проблем удастся решить с помощью группового анализа.

Экзистенциальная терапия наркоманов фокусирована на следующих проблемах: 1) осмысленность и бессмысленность существования, 2) жизнь и смерть, 3) человек и общество, 4) свобода и зависимость, воля и безволие. Используется тезис В. Франкла: «Удовольствие является побочным продуктом смысла, и поэтому искание следует посвятить не поиску удовольствия, а поиску смысла». И. Ялом (1999) развивает эту мысль: «Смысл, как и удовольствие, должен преследоваться косвенно, а ощущение осмысленности и удовлетворенности является побочным продуктом вовлеченности».

Формирование ответственности, по Ялому, происходит в рамках групповой терапии и включает принятие следующих убеждений: осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо, что какой-то части жизненных страданий и смерти, в конечном счете, не избежать, что какими бы близкими ни были взаимоотношения с другими людьми, все равно с экзистенциальными проблемами приходится справляться в одиночку, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства я получаю от других.

Пример

Молодой человек трижды безуспешно лечился от заикания. Последние два года принимал стимуляторы для повышения уверенности при общении, попал в зависимость от них, испугался «разрушить мозг» и сойти с ума. Обратился в наркологический центр, где женщина-психолог помогла ему справиться с наркоманией, однако у него развилась психологическая зависимость от нее. Неохотно согласился с ее предложением перейти на лечение ко мне, «чтобы ему исправили речь».

Встречи со мной пациент начинал с просьбы «дать тему, задать вопрос». Иначе он опасался, что наступит хаос или он будет тратить время на пустяки. Предыдущему психологу в таких случаях он должен был рассказывать о каких-нибудь прошлых событиях. Когда мы начали обсуждать с ним этот механизм, выяснилось следующее.

Ему очень хочется к людям, на свободу. Но он предчувствует неудачу, называет себя «looser» (англ. – распушенный, беспутный); переводит это слово как неудачник. Обманывает себя и других, делая вид, что ему и не хочется быть с людьми. В то же время то и дело вовлекается в различные авантюрные, рискованные отношения, так как не дорожит своей жизнью. Завидует животным, у которых якобы нет готовности отдать свою жизнь. Затем признает, что они готовы отдать ее за свое дитя или семью. Выходит, дело не в слепом инстинкте саморазрушения, а в отсутствие смысла жизни, ради которого стоит идти на смертельный риск. От бессмысленности своей жизни и возникает страх хаоса – «скотского» (распущенного) подсознания и чувство, что «жизнь не удалась».

Он боится реальной жизни, отношений с людьми, так как видит в них лишь угрозу и не верит в любовь, не ожидает встретить и тем более заслужить ее. Вместо этого он «любил» (потреблял) наркотики, пока страх перед ними не перевесил. Теперь, чтобы отгородиться от людей, он использует старую испытанную защиту – заикание, это его крепость, она же тюрьма. Запинки – башни и орудия, которые стреляют без перерыва (он говорит без умолка и боится пауз). Он то требует от меня указаний и принятия ответственности за его благополучие, то оспаривает, уничтожает любые мои слова. Признает, что жаждет самостоятельности, но считает, что ее надо завоевывать, а не просто быть самим собой.

После трех сессий он практически перестал заикаться в разговоре со мной, истолковав это тем, что «освоился». На четвертую встречу он пришел после приема стимуляторов, объяснив, что не справился с неудержимым влечением. Вначале держался с вызовом, затем признался, что испытывает чувство стыда, так как не сдержал данное себе слово. Пытался обосновать пользу наркотиков. Удивился и насторожился, что я, вместо того чтобы спорить, ругать или жалеть его, интересуюсь его душевным состоянием.

На протяжении последующих нескольких сессий была вскрыта и проработана мазохистская тенденция к саморазрушению, являвшаяся основным фактором неосознанной мотивации пациента к зависимому поведению. Была сформирована мотивация к групповой психотерапии в условиях терапевтической среды. Поехал со своей девушкой к ней на родину в Абхазию, где в течение года проходил лечение в общине для наркоманов при монастыре. Женился на этой девушке, в течение следующего года наркотическая зависимость не проявлялась.

При лечении наркоманов эффективна краткосрочная (3–5 месяцев) **структурная семейная терапия**, направленная на перестройку семейной иерархии. Обычно речь идет о молодом больном, не создавшем или утратившем семью и живущем с родителями, страдающими созависимостью, причем отец нередко алкоголизируется и чрезвычайно беспокоится по поводу наркотизации сына, в то время как мать склонна преуменьшать ее. Проблемы пациента служат для разобщенной семьи связующим звеном. На первом этапе терапевт собирает всех членов семьи и обсуждает с ними, как помочь больному. Терапевт объединяется с семьей в контроле над поведением пациента и укрепляет уверенность в его конструктивных возможностях. По мере того, как молодой человек возвращается к нормальной жизни, выявляются внутрисемейные проблемы. Они рассматриваются с точки зрения того, насколько необходима этому пациенту поддержка семьи. На заключительном этапе терапии, после месячного воздержания пациента, решается проблема его отделения от семьи. В это время важно удержать пациента от стремления вмешаться в проблемы родителей или, при наличии одной матери, занять по отношению к ней супружескую позицию. Решение этой задачи облегчает укрепление или создание альтернативной структуры поддержки для одного или обоих родителей благодаря подключению родственников, друзей и т. д.

А.В. Ларионов (1997) предлагает родителям наркомана заключить с больным контракт на 1–2 месяца. Ребенок обязуется приобретать наркотики только на деньги родителей, употреблять их только дома и только в одиночку, причем в присутствии кого-либо из родителей, самостоятельно вести график учета дней с наркотиками и без них. Родители принимают на себя обязательство не обвинять и не ругать ребенка за употребление наркотиков, дают согласие на их употребление дома, выделяют деньги на приобретение наркотиков, открыто обсуждая с ребенком возможности семейного бюджета. По данным автора, при условии добросо-

вестного соблюдения сторонами своих обязательств частота употребления наркотиков резко сокращается.

Е.В. Змановская (2003) приводит примерную тематику групповых занятий с родителями по программе «Эффективное взаимодействие с зависимым подростком». Установочное занятие. Общая характеристика наркотических веществ. Признаки употребления наркотиков. Характеристика наркозависимого поведения: особенности, причины, мотивация, условия. Мифы (иллюзии), связанные с наркозависимым поведением и мешающие его преодолению. Роль семьи в формировании и поддержании наркозависимого поведения. Феномен созависимости и способы ее преодоления. Как вести себя с наркозависимым членом семьи. Лечение сопутствующих заболеваний. Оказание помощи в угрожающих ситуациях. Как побудить обратиться за помощью (на лечение, реабилитацию). Формы лечения и реабилитации. Поддержка ремиссии, профилактика срывов. Предупреждение наркозависимого поведения. Специальные стратегии контроля над распространением и употреблением наркотиков. Современная наркоситуация в России и государственная политика в наркосфере. Роль семьи в борьбе с наркоманией как общественным явлением.

С.А. Кулаков (1998) описывает программу тренинга родительской компетентности для родителей наркозависимых подростков, которая включает следующие темы. Механизмы формирования и симптомы зависимости (созависимости). Основные составляющие наркозависимости. Внешние признаки употребления наркотиков и методы контроля. Семья как система. Эффективная коммуникация с наркозависимым. Права, ответственность и контроль. Эффективные методы воздействия на поведение наркозависимого. Конструктивный спор. Типичные преступления, связанные с употреблением ПАВ. Подведение итогов.

Е.М. Симонова (2001а) в семейной терапии наркомании основное внимание обращает на изменение ролевой структуры семьи. Взаимоотношения между членами семьи обычно укладываются в треугольник «Жертва – Спаситель – Палач». Эта дисфункциональная игра зачастую переходит из поколения в поколение, и если ее приходится прекратить, у семьи наступает тяжелейшая абстиненция. Поэтому появление признаков выздоровления у наркомана вызывает сопротивление лечению со стороны членов семьи. Самые частые формы сопротивления – отрицание проблем, их преуменьшение, обвинение окружающих в причинах наркомании и врачей – в плохом лечении, оправдание поведения наркомана рациональными причинами, интеллектуализация проблем вместо их эмоционального осознания, подмена выздоровления снятием симптомов, враждебность при попытках вскрыть затаенные чувства (стыд, вину, злость) или семейные тайны. Самые частые семейные секреты – алкоголизм в родительской или прародительской семье, супружеские измены и сексуальные дисфункции, психические заболевания. Типичная форма сопротивления – манипуляции: стремление соблазнить и подкупить терапевта, лесть, попытки вовлечь его в коалицию, угрозы и шантаж.

На семейных сессиях достигается понимание наркомании как болезни семьи, принятие пациентом ответственности за свое выздоровление; преодолевается отрицание членами семьи созависимости и сопротивления изменениям. Обеспечивается участие пациента и членов семьи в группах взаимопомощи для наркоманов и их родственников. Показана также психодрама, позволяющая пациенту сыграть роль своей сопротивляющейся части и нейтрализовать ее в роли конструктивной части своей личности. Для членов семьи важно выразить долго отрицавшиеся негативные эмоции в защищенном мире игры и использовать ее для овладения навыками открытого самовыражения и адаптивного разрешения стрессовых ситуаций.

По методу Маршака (центр «Кундала» в Москве) 1-й этап проводится по программе «Детокс»: детоксикация происходит под наркозом, во время которого вводятся опиатный антагонист налтрексон или его пролонги – в последнем случае при введении наркотика

дольше не возникает «прихода». Однако безболезненность «ломки» способствует быстрому рецидиву. 2-й этап – реабилитации, основан на использовании 12 шагов АА или «йоги Кундалини», позволяющей произвольно вызывать состояние наркотического опьянения без ПАВ. Лечение (стоимостью 5000 долларов) продолжается 28 дней. Поскольку в этот период тяга к наркотику сохраняется, у ряда пациентов преждевременные тренировки самонаркотизации лишь усиливают влечение.

Следует упомянуть также о методике известного киргизского доктора Назаралиева. «Ломка» купируется атропиновой комой. На 2-м этапе используются директивные методы внушения и унижительные наказания за невыполнение крайне строгих инструкций врача. В заключение больному вводится «разработанный автором секретный препарат, провоцирующий смерть при приеме наркотика». Срыв происходит, как и при любом лечении наркомании, в 90–95 % случаев, задолго до окончания гарантированного срока и без смертельного исхода.

Реабилитация

Мы не поможем людям, делая за них то, что они могли бы делать сами.

Авраам Линкольн

Самая трудная задача после медикаментозной реабилитации наркозависимых – обеспечить их доступность психотерапии. Решение этой задачи включает в себя следующие этапы: 1) первично-консультационный, 2) мотивационный, 3) процедуры отбора, 4) психокоррекционный индивидуальный, 5) психокоррекционный групповой, 6) психологического марафона, 7) интенсивной групповой работы.

С.А. Кулаков (2002, с. 162–169) приводит схему первого интервью с наркозависимым.

1. Присоединение.

2. Определение проблемного поведения: «Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы оцениваете эту проблему?» Попробуйте взглянуть на проблему глазами пациента; например, что он делает, что у него не получается, указывал ли ему кто-либо ранее на наличие проблемы.

3. Степень тяжести проблемы. Необходимо оценить восприятие клиентом сложности проблемы, так как может оказаться, что не она одна волнует клиента, а, например, еще и повышенная утомляемость при учебе. «Насколько эта проблема представляет для вас затруднения?» Оценка тяжести проблемы близкими людьми.

4. Мониторинг употребления ПАВ. Необходимо учитывать следующие параметры: какие ПАВ используются; количество, частота приема каждого вещества, пути и способы введения каждого препарата, дата последнего приема, индивидуальное или групповое потребление, наличие или отсутствие изменений толерантности, появление синдрома зависимости или отмены.

5. Обращение к другим видам компульсивного поведения. Азартные или компьютерные игры, промискуитет, переедание или голодание, чрезмерная работа, поиск острых ощущений.

6. Тип влечения: а) обсессивное влечение: постоянно появляются навязчивые воспоминания и представления об эффекте опьянения. Выражены вегетативные, висцеральные ощущения при воспоминании о наркотике, б) сверхценное влечение полностью и постоянно определяет интересы и поведение пациента. Развивается стойкая анозогнозия. Попытки коррекции поведения вызывают активное сопротивление с дисфорическими переживаниями и расцениваются как покушение на свободу личности.

7. Изменение формы потребления. Защитные реакции не возникают даже при значительной передозировке токсических веществ.

8. Мониторинг чувств, которые могут приводить к употреблению ПАВ: «Какие чувства побудили вас добыть наркотик?» (обида, злость, отчаяние, боль и т. д.).

9. Оценка субъективных выгод, получаемых от наркотизации, и приносимых субъективных жертв. Взвешивание за и против.

10. Оценка принятия ответственности за болезнь, оценка преобладающего локус-контроля. Чей запрос скорее служит стимулом к лечению: родительский, ситуативный, собственный?

11. Компульсивное влечение. Существует постоянно, подчиняет поведение пациента, устраняет противоречия в борьбе мотивов.

12. Обсуждение занятости и/или распоряжения деньгами. В большинстве случаев наркозависимые неспособны самостоятельно и целесообразно распоряжаться деньгами и временем.

13. Мониторинг симптомов после прекращения употребления наркотика. Любые кратковременные перерывы в интоксикации вызывают острые абстинентные явления, характерные для того или иного вида наркомании.

14. Динамика наркотизации и социальное сужение личности. С момента наркотизации.

15. Поощрение воздержания от наркотизации. Следует выяснить у пациента, кто и какими способами поддерживает его воздержание: члены семьи, друзья и др.

16. Поиск альтернативных способов достижения состояния комфорта. Проработка состояний или ситуаций, избегание которых осуществлялось с помощью наркотика. Выяснение состояний или ситуаций, при которых пациент чувствовал бы себя наиболее комфортно. Разработка плана конкретных действий, направленных на достижение этих состояний или ситуаций без наркотика.

17. Обсуждение стрессоров и их влияния на выздоровление. К стрессорам относятся те внешние факторы, к которым пациент должен адаптироваться (например, деятельность, взаимоотношения, дети). Необходимо определить взаимосвязь конкретного стрессора и процесса выздоровления (например: «Это повлияло на ваше желание употребить наркотик?», «Что вы можете сделать вместо того, чтобы принять наркотик?», «Как это влияет на ваше выздоровление?», «Это приводило вас к употреблению наркотика в прошлом?»).

18. Определение дисфункциональных когнийций пациента, касающихся наркомании. Это относится к тем когнитивным моделям, в которых терапевт опознает дисфункциональные когнииции, а затем вовлекает пациента в процесс развития когнитивных копинг-стратегий.

19. Проработка последнего рецидива. Функциональный поведенческий анализ. В него включается обсуждение того, что произошло, при каких обстоятельствах случился рецидив. Моделирование состояния, предшествующего рецидиву. Проработка эмоциональных и когнитивных механизмов, запускающих рецидив. Обсуждение стратегий и ресурсов, позволяющих справиться с состояниями непреодолимого влечения. Поощрение конструктивных стратегий.

20. Обсуждение симптомов рецидива. Оно должно осуществляться в контексте профилактических мероприятий и включать распознавание специфических предвестников рецидива. Изменения в мышлении, отношениях и поведении расцениваются как симптомы рецидива.

21. Рассмотрение последствий употребления ПАВ. Употребление ПАВ в процессе реабилитации и в дальнейшей жизни. Очень часто наркозависимые предполагают возможность разовых употреблений.

22. Обсуждение конкретных дисфункциональных отношений. Взаимоотношения с родителями, лицами своего и противоположного пола.

23. Обсуждение семейных явлений. Созависимость, семейные роли, алкоголизм и т. д.

24. Обращение внимания на динамические проблемы пациента. Выявление фиксации на различных этапах индивидуального развития.

25. Характеристика степени личностной зрелости. Психоаналитическая диагностика личности. Уровни нарушений: невротический, пограничный, психотический.

26. Обсуждение сотрудничества пациента или его сопротивления лечению. Оценка негативных изменений (личностных, социальных, биологических), произошедших за время наркотизации.

27. Поощрение принятия личной ответственности за выздоровление. «Кто несет ответственность за ваше выздоровление?» Важно разделить ответственность и обсудить, кто за что отвечает в процессе реабилитации.

28. Обсуждение разных аспектов отношений пациента с терапевтом. Выяснение того, готов ли пациент сотрудничать с вами в дальнейшем.

29. Подписание контрактов о сотрудничестве. Один – с наркозависимым, другой – с его родителями или близкими.

При установлении показаний к лечению наркозависимого больного важную роль играет определение уровня его готовности к излечению. Р. Гарифуллин (2004) выделяет следующие установки на трезвость: 1) стремление больного к лечению методами, исключающими возможность приема ПАВ после психокоррекции; 2) отсутствие ПАВ как средства достижения каких-либо целей у значимых других; 3) отсутствие в юморе больного утверждения превосходства пьяных над трезвыми; 4) отсутствие в речи и поведении больного выраженного удовольствия, оживления, бахвальства при воспоминании о пьяной жизни и 5) приближение самооценки больного к адекватной, в частности, относительно характера и тяжести своего заболевания.

По данным Шабанова и Штакельберг (2001), действительно хотят отказаться от употребления наркотиков менее трети наркотизирующихся. Если среди не употреблявших наркотики 2/3 опрошенных не верят в возможность полноценной реабилитации наркомана, то 87 % наркоманов не сомневаются в своей возможности прекратить наркотизацию, хотя 73 % из них безуспешно пробовали сделать это. С учетом этих данных авторы рекомендуют следующую программу реабилитации наркозависимых.

1. Попытайтесь выполнить три основные задачи:

а) помогите максимизировать физические и психические усилия пациента, направленные на выход из состояния опьянения;

б) помогите ему повысить мотивацию на трезвость или отказ от наркотиков (условно-рефлекторная терапия при алкоголизме или использование налтрексона при опиизме);

в) помогите больному перестроить жизнь, ориентируя его на полный отказ от ПАВ, с использованием возможностей семьи, посещением клубов Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов; подскажите, как правильно распорядиться свободным временем и т. д.

2. Насколько это возможно, используйте амбулаторные, а не стационарные формы работы с пациентом, поскольку амбулаторная помощь существенно дешевле и помогает больному войти в реальную жизнь без наркотиков. Стационарные формы лечения и реабилитации показаны пациентам с психическими расстройствами, пациентам, неспособным пребывать в ремиссии даже короткое время, а также тем, кто проживает далеко от больницы или в тяжелых бытовых условиях, например в семье наркоманов.

3. Если проводится курс больничной реабилитации, постарайтесь ограничить его 2–4 неделями, поскольку удлинение срока госпитализации даже до 6 или 12 месяцев не повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

4. Избегайте использования большинства фармакологических средств в терапии лекарственной зависимости. Возможное исключение – налтрексон при лечении опиизма.

5. Групповые методы реабилитации предпочтительнее индивидуальных из-за меньшей стоимости и большей эффективности работы с больными.

6. Активно используйте группы Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, поскольку они достаточно эффективны и не требуют больших материальных затрат. Организуйте группы самоподдержки членов семьи наркоманов. Эти группы предлагают наркозависимому модель достижения ремиссии и ее поддержания. В них предпочтение отда-

ется поведенческим и когнитивным методам, дающим возможность изменить сложившиеся болезненные стереотипы зависимого от наркотиков поведения.

7. Знайте, что ни одна из известных форм психотерапии не является более эффективной, чем обычный ежедневный контакт с пациентом.

8. Следует поддерживать контакт с пациентом в течение по крайней мере 6–12 месяцев. Не пренебрегайте любой формой контакта (например, письменного, по телефону), чтобы контролировать пациента и поддерживать его ремиссию.

9. Используйте для работы с наркозависимыми не только дипломированных специалистов (врач, психолог, медицинская сестра), но и лиц, не имеющих специального образования, из числа бывших алкоголиков или наркоманов, желающих работать в сфере реабилитации наркозависимых.

При лечении и реабилитации наркозависимых важно делать упор на обсуждении с близкими больного его образа жизни, здоровья, отношений и утраты прежних ценностей, поскольку решение именно этих проблем является основной мотивацией пациента для отказа от ПАВ.

Реабилитация наркозависимых включает психоанализ, поведенческую, конфликт-центрированную терапию, гештальттерапию, НЛП, семейную, средовую терапию, социотерапию, терапевтические сообщества. Реабилитация строится на длительном (5 лет) наблюдении участкового нарколога, который содействует трудоустройству пациентов, проводит индивидуальную, семейную и групповую терапию (в том числе, группу взаимопомощи «Анонимные наркоманы»). В последние годы реабилитация все чаще осуществляется в небольших общинах, расположенных в сельской местности, нередко при монастырях. Здесь бывшие пациенты живут в течение многих месяцев и получают помощь в виде психотерапии, трудотерапии и духовного наставления. Ч. Сибберг (2002) описывает работу реабилитационного центра для подростков-наркоманов, основанную на тренинге группового выживания и саморазвития в условиях дикой природы.

Березин и Лисецкий (2001) дают ведущему группы наркозависимых подростков следующие рекомендации:

- Ведущий – не Бог и не всезнайка. Он может чего-то не знать, чего-то не уметь, ошибаться. Это возможно, особенно в группах, состоящих из подростков, имеющих опыт употребления наркотиков. И не стоит стесняться того, что кто-то в группе понимает в каких-то вопросах лучше вас. Смелее признавайте свои ошибки, предлагайте подумать вместе, спрашивайте совета группы, прислушивайтесь к мнению участников, пытайтесь выявить вопросы, которые волнуют их и т. д.

- Стремитесь к постоянному получению от учащихся обратной связи. Спрашивайте, что было интересно, что они хотели бы обсудить.

- Активнее прибегайте к жестам, используйте прикосновения: телесный контакт – это то, к чему стремятся подростки, хотя и боятся этого.

- Не бойтесь поддерживать или, наоборот, не поддерживать участников. Самое главное – не поддавайтесь соблазну поиграть в их игры: вы рискуете проиграть, а кроме того, сделать все, чтобы помешать себе и участнику личностно развиваться.

- Выполняйте все групповые нормы, ведь вы – такой же участник, как и все остальные, единственное, что отличает вас от них, – примерное планирование того, что будет происходить дальше.

Профилактика химической зависимости

*Если ребенок не будет чувствовать, что ваш дом принадлежит
и ему тоже, он сделает своим домом улицу.*

Надин де Ротшильд

Существует ряд подходов к первичной профилактике химической зависимости у населения. Ограничения продажи алкоголя, вплоть до сухого закона, как и пугающие надписи на рекламе водки: «Чрезмерное потребление алкоголя вредно для здоровья», вызывают обратный эффект. Санитарное просвещение знакомит общественность с вредными последствиями алкоголизма и наркомании, но люди не воспринимают эту информацию лично. Запрет на легальную продажу наркотиков делает их очень дорогими и толкает наркомана на преступление, преследование наркоманов затрудняет их обращение за медицинской помощью. С целью ослабления этих проблем в Великобритании легализована продажа героина, в Нидерландах – марихуаны; в США врач может выписать метадон.

Статистические данные говорят о том, что, если человека в возрасте от 10 лет до 21 года удерживать от табака, спиртного или наркотиков, это дает полную гарантию того, что этот человек не станет наркоманом. При этом удерживать означает не запугивать и наказывать, а культивировать здоровый образ жизни и формировать готовность противостоять саморазрушительным тенденциям.

Наибольшую эффективность показала школьная программа формирования жизненных навыков. Ее задачи (Грюнвальд, Макаби, 2004):

- 1) развить у каждого ребенка позитивные установки и представления о себе, необходимые для принятия ответственных личных решений, связанных с приемом ПАВ;
- 2) обеспечить детей достоверной фактической информацией о том, что происходит с человеком, употребляющим ПАВ, и к каким последствиям это может привести;
- 3) продемонстрировать другие, нехимические способы изменения настроения;
- 4) обучить детей навыкам, необходимым для решения волнующих проблем;
- 5) помочь детям понять те положительные и отрицательные последствия, к которым может привести влияние на них со стороны сверстников;
- 6) помочь детям осознать свою личную систему ценностей, систему ценностей семьи и общества;
- 7) обучить детей навыкам эффективного общения и работе в группе;
- 8) научить детей пониманию причин стресса и использованию соответствующих приемов выхода из этого состояния.

Профилактическая программа Березина и Лисецкого (2001) преследует следующие цели: а) расширение границ сознания, исследование личностных ресурсов; б) повышение стрессоустойчивости, снижение тревожности; в) снижение внушаемости, повышение критичности; г) развитие навыков общения в условиях проблемных жизненных ситуаций; д) развитие навыков саморегуляции и структурирования времени; е) рефлексия особых состояний сознания; ж) снижение деструктивной конфликтности.

Выделяются следующие задачи групповой работы: 1) способствовать осознанию и усвоению детьми основных человеческих ценностей; 2) обучить детей методам решения жизненных проблем, преодоления стресса и снятия напряжения без применения ПАВ; 3) информировать детей об эмоциональных, физиологических, соматических и социальных последствиях употребления ПАВ; 4) формировать у детей психосоциальные и психогигиенические навыки принятия решений, эффективного общения, критического мышления, сопротивления негативному влиянию сверстников, управления эмоциями, в том числе в

состоянии стресса; 5) довести до сознания детей преимущества отказа от употребления ПАВ; 6) сформировать установку на ведение здорового образа жизни; 7) повысить самооценку детей.

Программа включает 12 занятий, в которых за образовательной частью следуют соответствующие упражнения. 1. Знакомство. Ознакомление с правилами и принципами групповой работы. 2. Знакомство с миром собственных эмоций. 3. Знакомство с телом. 4. Работа с самооценкой. 5. Развитие стрессоустойчивости. 6. Работа с внушаемостью. 7. Снижение деструктивной конфликтности. 8. Тренинг коммуникативной компетентности. 9. Анализ трансовых переживаний. 10. Тренинг чувства юмора. 11. Работа с конкретными личными проблемами. 12. Заключение. Закрепление навыков. Формирование мотивации на развитие и содержательную жизнь без наркотиков.

И.И. Хажилина (2002) приводит программу копинг-профилактики, ориентированную на старшеклассников, рассчитанную на 14 занятий. В данной психопрофилактической модели интегрированы элементы когнитивно-поведенческого, психодинамического и экзистенциально-гуманистического направлений. Основной задачей является формирование навыков совладания (копинга) с проблемными стрессовыми ситуациями.

Темы занятий: 1. Мотивирование подростков на формирование здорового образа жизни без употребления ПАВ. 2. Знакомство с личностными особенностями. Целостная структура личности. Личность и характер. Сходства и различия между людьми. 3. Эмоции и чувства, способы выражения эмоций. Навыки эмоционального контроля. 4. «Я-концепция», самооценка. Отношение к себе. Самоэффективность. 5. Понятие зависимости. Зависимость – иллюзорный способ ухода от решения проблем. Причины возникновения зависимости. 6. Стресс и жизненные трудности. Разрешение проблем. Эффективные и неэффективные способы совладания со стрессом. 7. Способы самопомощи в преодолении стрессов и решении проблем. 8. Общение. Особенности взаимодействия с окружающими. Разрешение конфликтных ситуаций. 9. Модели общения. Формирование умения принимать и оказывать поддержку. 10. Проблемы взаимоотношений между полами. Дружба и любовь. Возможные конфликты и проблемы. 11. Здоровая и дисфункциональная семья. Зависимость от ПАВ в семье. Семья, в которой я живу. Моя будущая семья. 12. Зависимость и созависимость. Развитие зависимости от ПАВ и выздоровление. 13. Границы личности. Групповое давление и умение отстаивать собственную позицию. 14. Понятие морали и нравственности, смысла жизни и личностных ценностей. Постановка ближайших жизненных целей.

При работе с детьми и подростками наиболее эффективен подход, в рамках которого используются групповая динамика и групповое давление, поскольку большинство подростков, потребляющих ПАВ, делают это вместе с друзьями. Групповая норма становится одним из факторов, удерживающих членов терапевтической группы от потребления ПАВ. Используются такие методы обучения, как работа в малых группах, «мозговой штурм», групповая дискуссия, ролевая игра, психодрама. Темы занятий: «Понятие о здоровом образе жизни», «Причины употребления табака и наркотиков», «Альтернативы употреблению психоактивных веществ», «Влияние рекламы алкоголя и табака», «Групповое давление», «Анализ поведения, связанного с употреблением ПАВ».

Психообразовательная программа предусматривает также занятия с родителями. На 1-м занятии родители знакомятся с содержанием программы, социальными проблемами, связанными со злоупотреблением ПАВ и с факторами риска, способствующими приобщению детей к их употреблению. 2-е занятие посвящено обсуждению причин употребления ПАВ детьми и роли родителей в формировании у детей здорового стиля жизни. На 3-м занятии родители присутствуют в качестве зрителей, а дети, завершающие свое обучение по программе, показывают им рисунки и плакаты, посвященные здоровому образу жизни, а также ролевые игры, моделирующие приемы отказа от употребления ПАВ.

Образовательные методы профилактики эффективны для подростков, которые не имеют серьезной личностной патологии и пока что просто экспериментируют с ПАВ. Для тех, чья алкоголизация или наркотизация является проявлением личностной и социальной неприиспособленности, необходима психотерапия, направленная на устранение механизмов саморазрушения и обучение навыкам самоконтроля и самоутверждения.

Приходится считаться с тем, что некоторые стимуляторы применяются в медицине при расстройствах сосредоточения у детей и взрослых, а также при ожирении для усиления действия антидепрессантов. Группу повышенного риска составляют пациенты, проходящие лечение от ожирения, профессиональные спортсмены, водители на дальних рейсах. Еще чаще седативные и снотворные средства выписывают лицам среднего возраста при обращении по поводу тревоги и бессонницы. Пожилые люди являются основными потребителями легальных наркотиков. В США половина всех пожилых пациентов, которые обращаются за медицинской помощью, имеют какие-либо проблемы, связанные с ПАВ. Наркоманы получают одновременно у нескольких врачей рецепт на лекарства, которые используют ввиду их дешевизны по сравнению с запрещенными наркотиками.

С психиатрической точки зрения не существует показаний к назначению психостимуляторов, лекарств, подавляющих аппетит и барбитуратов. Психостимуляторы, которые назначают также и для снижения аппетита, истощают собственные ресурсы организма, в результате наступает выраженная астения, могут случаться обмороки, а сочетание перегрева с физической нагрузкой на фоне приема стимуляторов может вызвать резкое падение артериального давления и смерть. Прием снотворных во время беременности может привести к развитию различных дефектов у плода и абстинентных симптомов у новорожденного.

Побочные действия и явления передозировки при формировании привыкания заставляют больных комбинировать препараты-антагонисты. Например, после приема стимуляторов принимают снотворные и наоборот, что приводит к развитию поливалентной медикаментозной зависимости. В связи с этим опасно применять комбинированные препараты типа «тройчатки» (пирамидон, кофеин, люминал) или «пятерчатки» (с добавлением анальгина и кодеин-опиата). Все эти препараты вызывают физическую зависимость, требующую повышения доз и вызывающую при отмене головную боль, тревогу, кошмарные сновидения. Эти явления развиваются уже через 2–3 недели регулярного приема препарата. При дальнейшем употреблении наблюдаются приступообразные и хронические вегетативные нарушения, а иногда судорожные припадки и делирий.

При назначении снотворных и транквилизаторов профилактика привыкания проста: их не следует применять более 2-х недель. При назначении транквилизаторов надо учитывать, что они лишь способствуют началу психотерапии и неэффективны при длительном применении, а после прекращения их приема надо ожидать усиления симптоматики. Оглушающие снотворные лишь облегчают мучительное времяпровождение без сна, вместо них лучше принимать растительные препараты: валериану, корвалол, новопассит. Если бессонница связана с переутомлением, днем стоит принимать ноотропы: ноотропил, пирацетам, пикамилон. Если врач назначил на ночь вечерний транквилизатор или соннапакс, после приема таблетки надо проветрить помещение и прогуляться на свежем воздухе. Тогда вместо рефлекса таблетка – сон формируется рефлекс прогулка, свежий воздух – сон. К таблеткам для сна лучше прибегать лишь в крайнем случае и недолго, часто достаточно положить их перед сном на прикроватную тумбочку – «на всякий случай».

Для профилактики бессонницы необходимо соблюдать режим сна бодрствования, гигиену труда и сна. Нежелательно переутомляться, подолгу засиживаться за работой. Перед сном следует избегать возбуждения; заменить просмотр телепередач легким чтением или прослушиванием радиопрограмм; в течение 20 минут принимать горячую ванну для поднятия температуры тела. Снять избыток напряжения помогают также стакан теплого молока,

аутогенная тренировка и вызывание при закрытых глазах простых зрительных представлений, которые незаметно переходят в образы сновидений. Ложиться в постель можно только в том случае, если чувствуется усталость. Если через 10 минут сон еще не наступил, следует встать и выйти в другую комнату. Стоит предусмотреть, чем можно заняться ночью (например, Милтон Эриксон предписывал пациентам натирать паркетный пол). Виктор Франкл рекомендовал приемы парадоксальной интенции: стараться не заснуть, стать чемпионом обхождения без сна.

Следует ограничить продолжительность ежедневного пребывания в постели временем, привычным для пациента до возникновения расстройства сна. Пользоваться постелью можно только для сна – не читать, не смотреть телевизор, не курить, не пить. Исключение делается только для секса. Каждый день просыпаться в одно и то же время. Использовать постепенно усложняемую программу физических упражнений по утрам для поддержания хорошего самочувствия. Не спать днем (за исключением случаев, когда после дневного сна улучшается сон ночью). Не употреблять психоактивные вещества (кофеин, никотин, алкоголь, стимуляторы). Регулярно принимать пищу в определенное время; не переедать перед сном. Умственный труд надо чередовать с физическими нагрузками. Важно сохранять интерес к работе, проявлять творчество и самостоятельность, обмениваться опытом, использовать взаимопомощь. Большое значение имеют хобби, регулярная половая жизнь, семейный комфорт, проведение выходных, праздников и отпусков с детьми.

В качестве психотерапевтических средств регуляции сна применяют релаксацию, уменьшающую стимуляцию центров бодрствования со стороны напряженных мышц; биообратную связь, позволяющую пациенту использовать информацию, получаемую им о своих физиологических процессах, для установления контроля за ними; когнитивную терапию, изменяющую тревожные мысли по поводу сна на нейтральные; выработку «ритуалов сна», гарантирующих быстрое засыпание. Затрудненное засыпание довольно легко устраняется с помощью гипноза. Эффективен прием, когда пациенты при засыпании дома используют лечебные внушения в качестве формул самовнушения. Это обеспечивает им уверенность в своей способности контролировать засыпание и купирует тревожное ожидание бессонницы.

☺ – Доктор, у меня болит голова, и я плохо сплю.

– Вот вам рецепт – выпьете вечером одну таблетку, а утром, если проснетесь, еще две.

Пищевая зависимость (F50)

Треть американцев хочет похудеть, треть – прибавить в весе, а треть еще не взвешивалась.

Джон Стейнбек

Пищевая зависимость занимает переходную позицию между химическими и нехимическими зависимостями. Она включает нервную анорексию (греч. orexis – аппетит, жажда, желание) и булимию (греч. bulimia – бычий, неутолимый голод).

Нервная анорексия (F50.0)

«Женщина никогда не должна показываться на глаза, когда она ест, если только это не будет салат из омаров и шампанское», – говорил Джордж Байрон. Сам он очень боялся растолстеть и регулярно постился, опасаясь в случае нормального питания потерять вдохновение.

В его время нервная анорексия еще была неизвестна, в качестве отдельного заболевания ее выделили лишь в начале XX века. Однако еще Авиценна в 1155 г. привел случай излечения юноши, состояние которого очень напоминало нервную анорексию. В 1689 г. Р. Мортон описал под названием «нервная чахотка» заболевание восемнадцатилетней девушки, у которой сначала наблюдалось подавленное настроение, затем пропал аппетит, а потом больная стала вызывать у себя рвоту и перестала следить за своим внешним видом. Финалом заболевания была крайняя степень истощения и затем смерть.

Название расстройства противоречит его сущности: как правило, аппетит исчезает только на поздней его стадии, типичной для больных является как раз всепоглощающая страсть к еде, указывающая на единый механизм анорексии и булимии как двух форм пищевой зависимости. Классическую триаду симптомов нервной анорексии составляют аменорея, искажение образа тела и энергичная борьба за худобу. Важно отметить, что примерно у половины больных девушек и женщин еще до того, как наступает потеря массы тела, прекращаются месячные.

Различают два типа анорексии. При «ограничительном» (аскетическом) типе у больных не происходит регулярных приступов «обжорства» или они не прибегают к методам принудительного «очищения» (например, в виде самопроизвольной рвоты или злоупотребления слабительными средствами и клизмами). При «очистительном» (булимическом) типе у больных регулярно происходят приступы «обжорства», они используют методы принудительного самоочищения; у них чаще наблюдаются клептомания, алкоголизация и наркотизация.

Чаще всего данное расстройство встречается у опасавшихся растолстеть девочек-подростков и девушек из обеспеченных семей. Один случай анорексии приходится на 50 студентов вузов, в театральных училищах – на 20 студенток, в балетных школах и среди манекенщиц – на 14 девушек. В последние десятилетия заболевание все чаще выявляется и у мужчин. Если 50 лет назад соотношение мужчин и женщин, страдающих нервной анорексией, оценивалось как 1:20, то в настоящее время этот показатель составляет, по некоторым данным, 1:4. У половины больных мужчин обнаруживаются гомосексуальность, бисексуальность либо асексуальность. Уровень смертности при этом заболевании выше, чем при других психических расстройствах. Даже если больные тяжелой формой анорексии выживают, у них обнаруживаются необратимые атрофические поражения головного мозга.

Психосексуальное развитие девушек, страдающих анорексией, заторможено, хотя месячные у них начинаются в среднем на год раньше, чем у сверстниц. Интеллект развит выше среднего, радикал личности обсессивно-шизоидный. Больные старательны и успешны в учебе, избирательно общительны или замкнуты, ранимы, излишне требовательны к себе, склонны изнурять себя физическими упражнениями, способны сохранять повышенную активность даже при долгом голодании.

У больных отмечается дихотомическое мышление по типу «все или ничего», как у пограничных и депрессивных личностей. Поэтому, например, больная оценивает себя в зеркале либо как идеальную, либо как толстую и безобразную и на этом основании считает себя безвольной и отвратительной в целом. Для больных анорексией характерна значительная эмоциональная сдержанность и когнитивная заторможенность. Они предпочитают

заурядную, упорядоченную и предсказуемую обстановку, плохо адаптируются к переменам, к окружающим относятся с повышенным почтением и послушанием. Больные склонны избегать риска и реагировать на стресс выраженным возбуждением или сильными эмоциями. Фокусируются исключительно на процессе самосовершенствования. Указанные особенности личности затрудняют адаптацию к половому созреванию и жизненным переменам, характерным для юношеского возраста. Анорексия часто начинается после того, как девочка прочла о ней или кто-то из знакомых попал с этим заболеванием в больницу. Вызывающим событием может стать фрустрация, связанная с несколько избыточным весом тела (обидные замечания сверстников, отказ в приеме в хореографическую группу и т. п.).

Течение анорексии разделяют (Коркина и др., 1986; Марилов, 2004) на следующие стадии.

1-я стадия – *дисморфобическая*, начинается с появления сверхценных идей чрезмерной полноты и опасения насмешек по этому поводу. Понижается настроение, у больного появляется убеждение, что окружающие критически рассматривают его, обмениваются насмешливыми взглядами и репликами. Больные регулярно взвешиваются, избегают высококалорийной пищи. Аппетит сохранен, а после периодов голодания – даже повышен. Будучи не в силах справиться с чувством голода, некоторые больные, особенно истероидные, едят по ночам. Характерно разрезание еды на мелкие куски и другие долгие манипуляции с ней. Обычно эта стадия болезни длится 2–3 года.

2-я стадия – *дисморфоманическая*. Дисморфомания проявляется в бредовой убежденности в «излишней полноте» своей фигуры или ее частей (особенно живота, ягодиц, верхней части бедер). Больные часто разглядывают себя в зеркале и жалуются окружающим на свою полноту. Идеи отношения (плохого отношения окружающих) исчезают, депрессивные переживания уменьшаются, наблюдаются попытки активной коррекции фигуры. Важным симптомом является диссимуляция: больные скрывают от окружающих свой отказ от еды и мотивы этого: делают вид, что съели всю еду, а на самом деле незаметно перекладывают ее на другие тарелки; втайне прячут или выплевывают уже пережеванную пищу; скормливают еду собаке, которую иногда специально заводят для этой цели. Чтобы «пища не прошла в кишечник», перед приемом пищи туго перетягивают талию поясом.

Больные стараются не есть в присутствии людей, вместо еды много пьют, после еды вызывают у себя рвоту, делают клизмы, чтобы сбросить якобы лишнюю массу тела. Часто рвота после еды приобретает навязчивый характер и доставляет больным физиологическое чувство облегчения и удовольствия. В целях «сжигания лишнего жира» они усердно занимаются физическими упражнениями, все делают стоя (читают, пишут, играют на пианино), спят не более 5–6 часов, когда лежат, принимают неудобные позы. Для преодоления возникающей сонливости пьют до литра кофе в день, крепкий чай, много курят.

У больных развивается медикаментозная зависимость: они принимают средства, понижающие аппетит; препараты щитовидной железы, стимулирующие обмен веществ; мочегонные и большое количество слабительных, последние – под предлогом постоянных запоров, развивающихся в результате атонии кишечника. Больные больше не скрывают от окружающих нарушений пищевого поведения, а, напротив, постоянно возвращаются в разговорах к теме похудения, обсуждают различные диеты и физические тренировки.

Обычно больная одна готовит для всей семьи, перекармливает мать или младшую сестру так, что они набирают вес, как бы компенсируя снижение веса больной. Она собирает кулинарные рецепты, с увлечением читает поваренные книги, изучая кухню разных народов. Больная может часами жевать крохотный кусочек пищи; отвергает самую вкусную еду, с жадностью поглощая остатки из мусорных баков, а то и поедая крем для обуви. Важно отметить, что удовольствие от еды пациентки получают только при наличии угрызений совести, чувства вины; они склонны портить или выплевывать пищу.

3-я стадия – *кахектическая* (греч. *kachexia* – общее истощение организма) может наступить через 1,5–2 года после начала болезни. Аппетит исчезает, так как вследствие постоянно вызываемой рвоты, которая может наступать и рефлекторно сразу после приема пищи, снижается кислотность желудочного сока и появляются общедистрофические нарушения. Возникает отвращение к еде, при этом зубная паста, попавшая в рот при чистке зубов, или выделившаяся слюна оцениваются как достаточное количество пищи. К этому времени больные теряют до половины массы тела, однако, глядя в зеркало, продолжают воспринимать себя слишком полными. Они прекращают заниматься физическими упражнениями и вызывать рвоту после еды, довольствуясь стремлением сохранить имеющийся вес, однако им свойственны опасения располнеть в будущем.

У больных исчезает подкожно-жировая клетчатка, истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушится, зубы поражаются кариесом и выпадают, ногти ломаются. Волосы выпадают, в то же время на коже появляется пушок и единичные длинные темные волоски. Понижаются давление и температура, у девушек исчезают месячные. Наблюдаются дистрофия миокарда и замедление пульса, анацидный гастрит, атония кишечника, опущение внутренних органов, обратное развитие матки и гениталий. При исследовании крови обнаруживается низкое содержание сахара и признаки анемии, в моче находят следы белка. Нарушается электролитный баланс, что может приводить к возникновению судорожных приступов. Наличие соматоэндокринных расстройств часто дает основания заподозрить эндокринную патологию.

Нарушения желудочно-кишечного тракта приводят к появлению при приеме пищи чувства тяжести в желудке и дискомфорта в животе, что служит новым поводом для ограничений в еде. Беспокойство по поводу соматических нарушений может приводить к ипохондрическим переживаниям, также способствующим нарушению питания. Таким образом, возникает своеобразный порочный круг в виде аноректических циклов, когда хроническое голодание вызывает изменения внутренних органов, приводящие, в свою очередь, к пищевым ограничениям. В ряде случаев больные начинают активно обследоваться у различных специалистов, преувеличивая тяжесть соматических расстройств и избегая консультации психиатра.

При адекватном лечении в условиях психиатрического стационара по мере выхода из кахексии у больных уменьшается астения и адинамия, на первый план выходят психопатоподобные проявления, особенно во взаимоотношениях с близкими. В отсутствие лечения почти в половине случаев наблюдается хроническое течение, в 10–20 % случаев наступает смерть в результате истощения, сердечной недостаточности, вторичных инфекций, а также суицида.

У мужчин анорексия протекает с выраженной сенестопатически-ипохондрической симптоматикой, нередко с формированием стойкого ипохондрического бреда, утратившего тематическую связь с прежними дисморфоманическими переживаниями. Наблюдается также выраженный психопатоподобный синдром и вторичная алкоголизация. Больные-мужчины значительно реже, по сравнению с женщинами, вызывают у себя рвоту и никогда не получают от нее физиологического удовольствия. В преморбиде у мужчин отмечается сочетание шизоидных и астенических черт характера, тогда как у женщин преобладают астенические и истероидные черты.

Диагноз ставится при наличии следующих признаков: 1) отказ от поддержания веса на уровне минимального для данного роста и возраста; 2) сильный страх прибавить в весе, вопреки недостаточному весу; 3) нарушенное восприятие тела и отрицание серьезности проблемы сниженного веса и 4) аменорея у половозрелых женщин, снижение либидо и потенции у мужчин.

Согласно современным диагностическим критериям, для постановки диагноза «нервная анорексия» потеря массы тела должна достигнуть стойкого уровня ниже 85 % от нормы. Для расчетов используется индекс Кетле: соотношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах. Нормой считается индекс выше 17,5 баллов. При упрощенном подходе для постановки диагноза достаточно потери 25 % исходной массы тела.

Несмотря на значительное истощение, больные нервной анорексией кажутся яркими, веселыми, энергичными и неутомимыми. Кроме того, большинство не осознает угрожающего характера своего пищевого поведения. Обычными признаками нервной анорексии являются навязчивый страх потерять контроль, отсутствие беспокойства по поводу прекращения месячных, запоры и классическое поведение «хорошей девочки». Обсессивные расстройства проявляются также в стремлении девочки оставаться пассивной и зависимой. Хотя плохой аппетит и потеря массы тела могут быть следствиями тяжелой депрессии, у больных нервной анорексией депрессия не обязательна.

Происхождение

Однорядовые близнецы больных анорексией заболевают в 50 % случаев, двурядовые – в 10 %; повышена вероятность заболевания у сестер. В семье пациента часты случаи депрессии, алкоголизма или расстройств пищевого поведения. У больных в результате голодания отмечается снижение активности эндоморфинов. Определенную роль играет мода на субтильную фигуру девушки, культивируемая в промышленно развитых странах. Выявлено, что в первые десятилетия прошлого века индекс Кетле у участниц конкурса «Мисс Америка» укладывался в нормальный диапазон (20–25), а во второй половине века стал неуклонно приближаться к критической отметке 18 баллов. В современном западном обществе четыре женщины из пяти страдают проблемами, связанными с принятием пищи и телесным обликом. В спорте почти треть женщин прибегает хотя бы к одному виду саморазрушительных действий для того, чтобы держать вес под контролем, а среди гимнасток к таким действиям прибегают почти две трети спортсменок.

Больная часто является единственной дочерью в семье, страдающей от чувства неполноценности по отношению к братьям. У пациентки может быть амбивалентное отношение к родителям после пережитого в раннем детстве и не переработанного физического насилия с их стороны. Бессознательная тревога может затем актуализироваться во время первого эротического опыта со сверстником. Для больных характерны зависимость от членов семьи, соперничество с сиблингами и страх расставания с близкими, который может актуализироваться вследствие смерти бабушки или дедушки, развода родителей, ухода брата или сестры из родительского гнезда.

Взаимоотношения с родителями у больных обычно сложные. Истероидная доминирующая мать требует от ребенка лидерства во всем, культивирует у него представление об «идеальной фигуре». Болезнь ребенка вызывает у нее реактивное расстройство с заострением характерологических черт. Скрытые семейные конфликты актуализируются и становятся все более деструктивными. В итоге больной ребенок утрачивает контакт с родителями, что усугубляет течение заболевания и затрудняет проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.

Паранойяльная доминирующая мать культивирует семейный миф о благополучной семье, воспитывая у ребенка повышенную моральную ответственность. Заболевшего ребенка долго ограждают от контакта с психиатрами, создавая собственные псевдонаучные объяснения болезни и концепции лечения. Убедившись в тяжести и неблагоприятном течении заболевания, мать отвергает «не оправдавшего надежд» ребенка, особенно при наличии

других детей, на которых и переключается все внимание семьи. В результате больной ребенок остается без медицинской помощи.

Симбиотическая мать обычно воспитывает дочь без мужа, убеждена в правильности всех высказываний и поступков девочки, во всем поддерживает ее. Как и при индуцированном психозе, мать отрицает наличие у дочери психического расстройства; даже при выраженной кахексии потворствует тому, чтобы она продолжала учебу или работу и не обращалась за медицинской помощью. В этом случае позиция матери также создает трудности в лечении больной.

В конфликтной семье робкая мать во всем потворствует дочери, а агрессивный пьющий отец воспитывает ее с применением силы. Неправильное пищевое поведение дочери он воспринимает как каприз и пытается прекратить это «хулиганство». Иногда заболевание девочки способствует смягчению обстановки в семье и объединению родителей, но чаще они остаются безразличны к ее судьбе, и за помощью обращаются родственники.

При мужской анорексии, как правило, выявляется наследственная отягощенность шизофренией и другими бредовыми психозами, шизоидной психопатией, различными аномалиями характера, тревожной депрессией, фобиями и алкоголизмом. Матери некоторых больных в молодости перенесли приступ шизофрении с дисморфоманической и аноректической симптоматикой.

Сельвини Палаццоли (2002) рассматривает анорексию как моносимптоматический психоз, который характеризуется убежденностью больного в том, что его собственное тело должно быть уничтожено путем отвергания всех оральных устремлений. Она считает данное заболевание семейным и описывает «аноректическую семью», обладающую следующими характеристиками: 1) никто явно не принимает на себя лидерство, мотивация поведения приписывается внешним факторам; 2) открытое союзничество противоречит семейной морали; 3) никто не принимает на себя ответственность за семейные проблемы, которые в результате накапливаются. В системе, в которой столь велика вероятность отвергания коммуникации, отказ от еды находится в полном созвучии со стилем взаимодействия в семье. В особенности он согласуется с мазохистской установкой членов семейной группы, в соответствии с которой наилучшей стратегией в борьбе за превосходство является страдание.

С. Минухин (1998) отмечает в аноректической семье и другие типичные особенности.

- Существует ригидная модель семейных взаимоотношений, в которой верность семье и ее защита ставятся выше, чем независимость и самореализация.

- Семья обычно ориентирована на ребенка, так что девочка делает все возможное, чтобы вызвать любовь и внимание, и, в конечном итоге, занимает перфекционистскую обсессивно-компульсивную позицию.

- Развитие автономии заторможено. Все, что девочка делает, находится под заботливым и «самоотверженным» контролем семьи. Возражения и собственная инициатива расцениваются как предательство, поощряются самоотверженность и верность семье.

- Взаимоотношения вне семьи не стимулируются, не одобряются, контролируются.

- Граница между семьей и внешним миром четко обозначена, хотя границы внутри семьи не определены. То же относится и к границам с семьями, из которых вышли родители. Часто создается коалиция со старшим поколением, ребенок оказывается вовлеченным в эти взаимоотношения и используется как средство избегания конфликтов.

- Большое внимание уделяется в семье питанию и соматическим функциям.

Вандерэкен выделяет в психогенезе нервной анорексии четыре порочных круга: два – на уровне семейных взаимоотношений и два внутриличностных. 1. Голодание является эффективным средством борьбы с родителями. Не добившись внимания в роли примерного ребенка, девочка заставляет родителей тревожиться и умолять ее есть. 2. Чрезмерное внимание родителей к питанию, особенно если применяются наказания и насильственное кор-

мление, провоцирует у девочки рвоту и снижение аппетита. 3. Аппетит снижается под влиянием тревоги больной по поводу реальной или мнимой чрезмерной полноты, а также в связи с реакцией окружающих на чересчур большую потерю массы тела. Источником тревоги может стать половое созревание и психосексуальное развитие, которые удастся затормозить с помощью потери веса. 4. Голод вызывает тревогу на биологическом уровне, а поскольку больная не осознает чувство голода, то безуспешно пытается справиться с этой тревогой, отказываясь от еды.

Психодинамика. Психоаналитики указывают на глубинную связь питания с чувством безопасности, удовольствия и ощущением себя любимым. Препятствия к оральному обладанию провоцируют оральную агрессию – стремление кусать. С появлением совести орально-агрессивные тенденции вызывают чувство вины и потребность в самонаказании. Таким самонаказанием может стать отказ от пищи. Публичной формой покаяния является пост. Франц Александер (2000) рассматривал нервную анорексию как хроническую форму самоубийства.

Современные психоаналитики интерпретируют нервную анорексию как тревожную реакцию незрелой личности на требования независимости и социальной или сексуальной активности, к которым она еще не готова. В культуре застолье, которое может перейти в пьяную оргию и свальный грех, бессознательно ассоциируется с групповым сексом, и предложение зайти выпить чашечку кофе справедливо воспринимается как приглашение к сексу.

Молодая девушка, попав в провоцирующую ситуацию, когда к ней относятся как к сексуальному объекту, испытывает тревогу, с которой не в состоянии справиться. У нее возникает эдипов страх наказания за соперничество с матерью, страх перед расставанием как необходимым условием освобождения от ее влияния, она не может психологически отделить свою личность от материнской. Появляется бессознательный страх перед половым актом как разрушительным проникновением, страх беременности, связанный с отождествлением ее с полнотой, детскими фантазиями об оральном зачатии и пожирании плодом изнутри.

Сниженный вес и худоба, отсутствие вторичных половых признаков и месячных ассоциируются с периодом латентной сексуальности (асексуальной фазой, от 5 до 12 лет). Психологическая защита заключается в двойном перемещении внутриличностного конфликта: во-первых, путем соматизации и, во-вторых, за счет регресса к оральной фазе развития. В результате формируется образ половой нейтральности, сексуальные проблемы отходят на второй план по сравнению с мономанической идеей уменьшения массы тела. Происходит нарциссический перевод либидо на собственное тело, ослабевают симбиотически-нарциссические отношения с матерью и эдиповы чувства к отцу. Пища ассоциируется с отвергаемыми родителями и обесценивается, таким образом происходит канализация агрессии. Нарциссически самодостаточное тело, обходящееся без пищи и других плотских потребностей, идеализируется. Используется рационализация в форме мифов о примате духа над телом, аскетизме и пуританстве, альтруистичной хлопотунье («Белоснежка и семь гномов»). На вооружение берутся идеи, что худые более здоровы, чем толстые, аскетизм обостряет ум, физическую слабость надо преодолевать закалкой, растительные слабительные не являются настоящими слабительными и т. п. Девочка добивается повышенного внимания семьи (вторичная выгода), отвергает мать как эмпатически отдаленную и неотпускающую. Гиперкомпенсация неудовлетворенной потребности в автономии переходит в стремление к самодостаточности и абсолютной независимости как жизненно важной цели. В соответствии с мазохистской установкой избирается роль жертвы. Настойчивое отрицание самопроизвольной рвоты объясняется не столько сокрытием болезни, сколько типичной аддиктивной защитой в форме отрицания. Признаки пола также отрицаются, их исчезновение и похудание тела игнорируются. Наконец, отвергается возможность смерти. Нервная анорексия у мужчин рас-

смачивается как проявление эдипова и кастрационного комплекса (эротическая направленность на мать, уход в болезнь как самонаказание за скрытую агрессию по отношению к отцу).

В художественной форме суть анорексии показана в новелле Ф. Кафки «Голодарь». Голодарь всегда гордился своим искусством обходиться почти без пищи и славой, которую дарила ему почтенная публика. Печалило его лишь это «почти», но смертельным оказалось предпочтение, которая публика стала оказывать зверинцу. И хотя герой Кафки побил все свои прежние рекорды голодания, никто этого не заметил. Умирая от голода, он признается, что отказывался от еды потому, что не мог найти пищу по своему вкусу.

Терапия

Амбулаторное лечение может помочь лишь высоко мотивированным подросткам с аскетической формой анорексии, которой они страдают не более 6 месяцев, имеющим родителей, готовых сотрудничать с терапевтом. Как правило, больные и их родители не критичны к заболеванию, склонны к диссимуляции, не признают психологической и, тем более, психосексуальной основы расстройства. Медикаментозное лечение малоэффективно. В рамках общеукрепляющего лечения показаны такие витаминные препараты, как карнитин и кобаламид. При наличии в структуре синдрома обсессивных компонентов используют аминазин. При сочетании анорексии с психотической депрессией применяют антидепрессанты, иногда электросудорожную терапию. Тот или иной метод выбирается после длительного (не менее 9 месяцев) стационарного лечения, целью которого является постепенное переключение внимания больного с физиологических проблем на его трудности в общении с другими больными, персоналом и родственниками.

В процессе лечения последовательно решаются следующие задачи.

1. Обсуждение диеты, страхов, межличностных проблем, рекомендации больной по самоконтролю. Заключение терапевтического договора: а) об улучшении самочувствия, сна, настроения и отношений с окружающими; б) о достижении определенной массы тела (обычно 50 кг, по 500 г за неделю) с помощью постельного режима и контроля персонала клиники за поступлением и выведением пищи.

2. Соматически ориентированная терапия, направленная на тренинг пищевого поведения. Больная получает 2000–2500 калорий в сутки в виде жидкой пищи. Пища дается больной 3–6 раз в сутки и при необходимости вводится через зонд или в виде питательных растворов внутривенно. Персонал присутствует во время приема пищи и 2–3 часа после еды во избежание рвоты (аверсивный прием).

3. Тренинг психомоторики для коррекции нарушений схемы тела и оперантное обусловливание с поощрением адекватного пищевого поведения (при очередном повышении веса тела на 100 г – отмена постельного режима, еда в столовой, выход из отделения и т. п.).

4. Индивидуальная и групповая когнитивная терапия: обсуждение дневника самонаблюдения больной с выявлением неосознаваемых когнитивных искажений.

5. Интенсивная динамическая терапия в диагностически однородной группе для осознания больной своих чувств и потребностей, в первую очередь в независимости.

6. Семейная терапия или, при отказе от нее родителей, проработка взаимоотношений пациентки с ними в других формах терапии. Лечащий врач может выступать в роли напарника психотерапевта.

По Минухину (1998), семейный терапевт должен предпринимать следующие шаги: а) попытаться ослабить сильные узы психологической зависимости, предоставив пациентке большее индивидуальное пространство, разделяя связи между нею и остальной семьей, между родителями и детьми; б) оказывать сопротивление гиперпротекции и аномально большому вниманию к ребенку, приводя много примеров; в) опровергать тактику избегания

конфликтов, отказываясь от роли арбитра; г) бороться с ригидностью семейной системы, предпринимая четкие энергичные шаги.

Когнитивная терапия преследует следующие цели: пациентка должна научиться регистрировать свои собственные мысли и более четко понимать их. Она должна осознавать соотношение между определенными дисфункциональными мыслями, неправильным поведением и эмоциями; анализировать свои убеждения и проверять их правильность, формировать реалистичные и адекватные интерпретации и постепенно видоизменять неверные представления. Терапия особенно эффективна при выраженных тенденциях к хроническому течению болезни; она должна фокусироваться на дисфункциональных идеях, касающихся внешности, питания и веса. Одновременно корректируются когнитивные основы заниженной самооценки, чувства неполноценности и дефицитарного восприятия себя. Например, если пациентка говорит: «Все считают, что худощавые люди привлекательнее и удачливее», ей задают такие вопросы: «Действительно ли большинство считает худощавых людей более интересными?», «Идет ли при этом речь о линейной зависимости – чем меньше вес человека, тем он привлекательнее?», «Разделяют ли такие взгляды все люди или только те, кто некритично воспринимает тенденции моды?», «Употребляя слова “интересный”, “желанный” или “удачливый”, думают ли большинство людей о худощавом телосложении?»

☺ В квартире врача раздается звонок. Врач открывает дверь и видит на пороге скелет.

– Вот так всегда, – ворчит врач, – ждут последнего момента, прежде чем обратиться к врачу...

Нервная булимия и переедание (F50.2)

В борьбе между сердцем и головой в конце концов побеждает желудок.

Станислав Ежи Лец

Нервная булимия впервые была описана лишь 50 лет назад. Она распространена среди стероидных девушек и молодых женщин, многие из которых ранее болели нервной анорексией. Расстройство проявляется в виде тайных приступов переедания высококалорийной пищи с последующим искусственным опорожнением желудочно-кишечного тракта для предотвращения увеличения массы тела, которая, тем не менее, возрастает из-за переедания.

Выделяют два типа булимии. «*Слабительный*» тип: во время обострения расстройства больная вызывает у себя регулярные рвоты или злоупотребляет слабительными средствами, а также клизмами. Расстройством этого типа обычно страдают молодые худощавые женщины, отличающиеся психопатическими отклонениями (в частности, склонностью к членовредительству, суициду). «*Неслабительный*» тип: во время обострения больная использует для контроля веса пост или чрезмерные физические нагрузки.

Приступ обжорства начинается с чувства невыносимого напряжения. Человек чувствует раздражение, считает себя удаленным из реальной жизни и бессильным подавить в себе страстное желание есть «запрещенную» пищу. Предпочтение отдается мягким сладким и жирным продуктам, которые не требуется долго жевать (мороженое, масло, творог, шоколад, торты, бутерброды). Обедаясь, человек понимает, что не может остановиться. Приступ обжорства с последующей рвотой временно разряжает напряжение, но затем приходят страх быть пойманным за этим занятием и опасение прибавления в весе, подавленность, острое недовольство собой, самообвинения.

Стереотип обжорство-рвота может приобрести характер навязчивости, при этом сам процесс жадного, неразборчивого поглощения пищи доставляет чувственное удовольствие, а рвота становится произвольной, условно-рефлекторной. Вне приступа обычное количество еды не вызывает у больных ощущения полноты в желудке и чувства насыщения. Частота приступов булимии составляет от 2 до 40 в неделю, в среднем – 10 раз в неделю. Из-за частого жевания гипертрофируются жевательные мышцы, что придает лицу характерный («свинский») вид. Частое и резкое повышение внутрибрюшного давления во время рвоты приводит к типичному отеку лица и точечным кровоизлияниям в конъюнктиву, что может обращать на себя внимание окружающих.

Булимия обычно развивается в связи с межличностным конфликтом в семейной, сексуальной или учебно-профессиональной сфере, вхождением в новый коллектив; нередко дезадаптация возникает во всех сферах жизни. События, наиболее часто провоцирующие булимию – смерть супруга, разлука с сексуальным партнером, уход из родительского дома, а также экзаменационная лихорадка или ситуация войны. На этом фоне возникают переживания покинутости, одиночества, пустоты и разочарования в других людях, скуки, печали и подавленности. По детской привычке больные пытаются утешить себя процедурой еды и питья, однако переходят границы разумного, набирают лишний вес и после этого пытаются контролировать его, как при анорексии. При выраженном ожирении больные для снижения аппетита нередко начинают курить, принимать средства, понижающие аппетит, удаляют жир оперативным путем. У них формируются циклы обжорства и голодания, постепенно борьба мотивов «есть или не есть» поглощает всю психическую жизнь пациентов. В системе ценностей начинает доминировать пища: день планируется с учетом того, где и что можно съесть.

Часто больные находят работу, связанную с питанием. Остальные интересы блекнут, из-за чего жизнь кажется им все более пресной. Спасением от невыносимой скуки служит «жажда острых ощущений», которая утоляется с помощью необычного количества пищи и причудливых сочетаний продуктов: соленых огурцов с вареньем, пирожных с горчицей и т. п.

Течение обычно многолетнее, хроническое, со спонтанными ремиссиями. Болезнь нередко умело скрывается, даже от членов семьи. Этому способствует анозогнозия – больные отрицают объективную степень своего ожирения, а также тот факт, что их аппетит повышен. В ряде случаев формируется алкогольная или наркотическая зависимость, сексуальная активность повышена, с тенденцией к промискуитету. Примерно у трети больных наблюдается клептомания: они импульсивно похищают еду, бижутерию, предметы одежды из магазинов. Наряду с этим возможны аффективные расстройства: депрессия с суицидальными тенденциями, реже эйфория, а также ипохондрические расстройства.

Наблюдаются соматические осложнения: дисбаланс электролитов, декальцификация костей и, прежде всего, зубов. Кроме того, при повторяющейся рвоте эмаль зубов страдает от контакта с соляной кислотой. В результате больные теряют зубы. Недостаток калия приводит к слабости, сердечной недостаточности, почечным и желудочно-кишечным заболеваниям. Могут иметь место расширение и даже разрывы желудка. У половины женщин нарушается менструальный цикл.

Гиперфагия (греч. *phagos* – пожирающий) – характеризуется компульсивным перееданием. Это заболевание тесно связано с ожирением, число тучных людей постоянно растет. В большинстве промышленно развитых стран ожирением страдают 30 % мужчин и 40 % женщин в возрасте от 19 до 40 лет. Каждый третий американец весит на 20 % больше медицинского стандарта, больше половины немцев старше 40 лет имеют избыточный вес.

Клиника гиперфагии соответствует неслабительной форме булимии. Расстройство характеризуется постоянной озабоченностью едой и непреодолимой тягой к пище в сочетании с навязчивым страхом ожирения. Проявляется в переедании и безуспешной борьбе с ожирением (прием средств, понижающих аппетит, курение, периоды голодания, диеты, косметические операции). Питанию отводится доминирующее место в системе ценностей, день планируется с учетом того, где и что можно съесть. Работа этих больных также часто связана с питанием. Поскольку в семье приготовлением пищи занимаются женщины, неудивительно, что они чаще страдают перееданием. Тем более, что общественная мораль крайне строго относится к женскому алкоголизму, и пищевая зависимость заменяет женщине алкогольную.

Принято выделять четыре вида гиперфагии: 1) приступообразный – волчий голод с оральным оргазмом после переполнения желудка; 2) постоянная потребность что-нибудь жевать; 3) ненасытный аппетит, приходящий лишь во время еды; 4) ночное обжорство в сочетании с дневным голоданием (распространено в США). Если вспомнить типологию алкоголизма Еллинека-Короленко, становится очевидно полное совпадение с ней. И это неудивительно: выпивка, закуска и компания составляют нашу национальную тройную зависимость: алкогольную, пищевую и коммуникативную. Этаким Змей-искуситель о трех головах...

Патологических обжор делят на две группы. В первую входят ранимые, тревожные личности со сниженной самооценкой, стыдящиеся своей полноты. Обычно они обращаются к психологу по поводу трудностей в общении и депрессии. Вторая группа включает властных, уверенных в себе людей, стремящихся подавлять окружающих, в том числе солидным внешним видом. Они приходят к врачу с проблемами здоровья.

Излишний вес вызывает одышку, быструю утомляемость, патологию суставов, повышенное АД, сердечные приступы, патологию внутренних органов; усиливается риск диабета. Люди с избыточным весом больше болеют, чаще становятся жертвами несчастных слу-

чаев и живут на 15–20 лет меньше, чем худощавые люди. При весе, превышающем норму на 20–30 %, смертность оказывается на 20–40 % выше, чем у людей с нормальным весом, а при превышении веса на 50–60 % смертность увеличивается на 150–250 % по сравнению с нормой для той же возрастной группы. Избыточный вес может мешать вступлению в брак и продвижению по службе. Люди, страдающие ожирением, имеют больше проблем при занятии спортом, покупке и ношении одежды, пользуются меньшим уважением окружающих.

☺ Человек есть то, что он ест.

Английская пословица

Выявление булимии

В МКБ-10 диагноз ставится при соответствии следующим критериям: 1) два и более эпизодов компульсивного переедания в неделю на протяжении трех месяцев; 2) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище; 3) недовольство собственной полнотой, болезненный страх ожирения; 4) попытки предотвратить прибавку в весе с помощью искусственно вызываемой рвоты, клизм, периодического голодания, приема слабительных, мочегонных, препаратов щитовидной железы, средств, снижающих аппетит.

В американской классификации ДСМ-4 диагностические критерии таковы:

А. Неоднократно повторяющиеся приступы обжорства, характеризующиеся двумя признаками: 1) потреблением за определенный промежуток времени (например, в течение 2 часов) такого количества пищи, которое намного превышает объем пищи, съедаемое большинством людей при прочих равных условиях в тот же промежуток времени; 2) у больного присутствует чувство потери контроля над пищевым поведением (например, чувство, что он не способен перестать есть, не способен проконтролировать вид и количество съедаемой пищи).

Б. Регулярное принятие неадекватных мер по борьбе с увеличением массы тела, например, самопроизвольное вызывание рвоты, злоупотребление клизмами, слабительными, мочегонными или другими лекарственными средствами, а также ограничением себя в еде или физическими упражнениями.

В. Приступы «обжорства» и неадекватные методы их компенсации случаются в среднем дважды в неделю на протяжении трех месяцев.

Г. Фигура и масса тела оказывают чрезмерное влияние на самооценку. Д. Отсутствуют признаки нервной анорексии.

Гиперфагия выделена в самостоятельную категорию и диагностируется на основании следующих критериев: 1) неоднократно повторяющиеся приступы «обжорства» при потере контроля над пищевым поведением; 2) эти приступы соответствуют по меньшей мере трем из следующих признаков: а) значительно более поспешное принятие пищи, чем обычно, б) принятие пищи продолжается до тех пор, пока не появится неприятное чувство пресыщения, в) поглощение больших количеств пищи без чувства голода, г) принятие пищи в одиночестве из-за чувства смущения или стыда, д) после приступа «обжорства» пациентки испытывают чувство отвращения к себе, угрызения совести или подавленность; 3) ярко выраженная тяжесть страдания из-за приступов «обжорства»; 4) приступы случаются минимум 2 раза в неделю на протяжении шести месяцев; 5) после эпизодов патологического переедания компенсаторные меры по установлению контроля над массой тела (например, за счет рвоты) следуют нерегулярно. Отсутствуют признаки нервной анорексии и нервной булимии.

В анамнезе часто отмечаются эпизоды нервной анорексии с ремиссиями от нескольких месяцев до нескольких лет. Предшествующий эпизод может быть резко выраженным или пройти в скрытой форме с умеренным снижением веса и/или транзиторной аменореей. Больные обращаются к врачу по поводу слабости, истощения или апатии, не упоминая о були-

мии, которой они давно страдают. Заподозрить ее помогает одутловатое лицо с отечностью в области околушных желез. На пальцах и нёбе могут быть ссадины и рубцы вследствие вызывания рвоты, заметны повреждения зубной эмали под воздействием кислого содержимого рвотных масс. Лабораторные исследования показывают изменение состава электролитов.

Для определения степени ожирения пользуются индексом Брока: масса тела в килограммах равна росту в сантиметрах минус 100. Сегодняшние идеалы требуют отнять от полученной цифры 10 % для мужчин и 5 % для женщин. Начальную стадию ожирения констатируют при увеличении массы тела на 15–20 % от нормального показателя с учетом роста и возраста. При увеличении массы тела на 30 % ожирение становится очевидным.

С помощью теста ММРІ выявляются признаки депрессии, озабоченность своим телом, страхи, импульсивность, социальная интроверсия и защитные тенденции. При расспросе обнаруживается поглощенность мыслями о еде наряду с изоляцией от окружающих, пренебрежением служебными обязанностями, учебой и друзьями. Данному заболеванию могут сопутствовать такие аддикции, как аддикция к физическим нагрузкам, никотинизм, алкоголизм, таблеткомания, клизмифилия (злоупотребление клизмами).

В отличие от больных анорексией, страдающие булимией долго сохраняют обычный вес с незначительными отклонениями в ту или иную сторону; мечтают о более стройной фигуре, но не собираются худеть безгранично. Если у больных с булимической формой анорексии имеется дисморфомания (бредовое восприятие своего тела), то у больных булимией имеется лишь дисморфобия в форме навязчивого страха ожирения без нарушения восприятия своего тела, но с опасением потерять сексуальную привлекательность. Пациентки более непоседливы, гневливы и импульсивны, чем больные нервной анорексией.

Гарнер с соавторами разработали для людей с пищевой зависимостью следующую анкету (Комер, 2002).

Инструкция

Для каждого пункта решите, какое утверждение для вас более правдиво: всегда (В), обычно (О), часто (Ч), иногда (И), редко (Р) или никогда (Н). Обведите кружком букву, соответствующую вашей оценке.

В О Ч И Р Н Я думаю, у меня слишком большой живот.

В О Ч И Р Н Я ем, когда я не в духе.

В О Ч И Р Н Я объедаюсь.

В О Ч И Р Н Я подумываю о диете.

В О Ч И Р Н Я думаю, у меня слишком толстые ноги.

В О Ч И Р Н Я чувствую себя неэффективной личностью.

В О Ч И Р Н Я чувствую себя очень виноватой после того, как переедаю.

В О Ч И Р Н Прибавление в весе внушает мне ужас.

В О Ч И Р Н Я путаюсь в эмоциях, которые переживаю.

В О Ч И Р Н Я поступаю неадекватно.

В О Ч И Р Н Я продолжаю объедаться, чувствуя, что не могу остановиться.

В О Ч И Р Н Я очень стараюсь не разочаровывать своих родителей и учителей.

В О Ч И Р Н Мне трудно рассказывать о своих чувствах другим.

В О Ч И Р Н Порой я не могу понять, голодна я или сыта.

В О Ч И Р Н Я невысокого мнения о самой себе.

В О Ч И Р Н Я думаю, что у меня слишком широкие бедра.

В О Ч И Р Н Если я прибавляю фунт, я начинаю тревожиться, что толстею.

В О Ч И Р Н Я думаю, что вызову у себя рвоту для того, чтобы потерять вес.

В О Ч И Р Н Я думаю, что мои ягодицы слишком массивны.

В О Ч И Р Н Я ем или пью тайком от окружающих.

В О Ч И Р Н Я бы хотела полностью контролировать все свои физические побуждения.

☺ Врач спрашивает пациента:

– Какой максимальный вес вы имели?

– В прошлом году – девяносто восемь, а в этом – сто.

– А ваш минимальный вес?

– Четыре килограмма двести граммов.

Происхождение

В последние годы появляются данные о генетической предрасположенности к данному заболеванию, оно часто встречается у однояйцевых близнецов. Выделены два вещества, естественным образом угнетающие аппетит: гормон лептин и белок глюкогоноидный пептид-1. Предполагается, что рецепторы мозга, реагирующие на эти вещества, у больных булимией дефектны. У них выявляется пониженная активность нейромедиаторов норадреналина и серотонина, у многих наблюдается депрессия. Депрессия и ожирение часто обнаруживаются у членов семьи больного, 80 % родителей пациентов имеют избыточный вес. При этом у детей, один из родителей которых страдает избыточным весом, ожирение развивается в 6 раз чаще, а у детей, у которых больны оба родителя – в 13 раз. Жадность в потреблении жирной пищи может быть вызвана увеличением числа жировых клеток, которое может быть обусловлено как генетически, так и за счет перекармливания в раннем детстве.

Перекармливание бывает связано с семейными традициями питания и чрезмерным, односторонним использованием пищи с целью доставить ребенку удовольствие и успокоение. Часто бывает, что родители предлагают ребенку еду вместо удовлетворения его актуальных потребностей и хорошо относятся к нему, лишь когда он хорошо ест. В результате ребенок растет, не осознавая своих эмоциональных потребностей и не зная, когда он голоден, а когда сыт. Не полагаясь на свои ощущения, такой ребенок ориентируется на родителей, не чувствует себя хозяином собственного тела, не контролирует собственное поведение, потребности и импульсы. Дети с избыточным весом в три раза менее подвижны, чем их сверстники, они не способны терпеть сильную физическую и эмоциональную боль. Для робкого ребенка физический объем тела символизирует безопасность и силу, защиту от внешнего мира и связанной с ним ответственности.

При переедании чаще, чем при нервной анорексии, отмечаются семейные конфликты, нечеткое отношение родителей к ребенку или пренебрежение его личностью. В семье обычно доминирует мать, которая устанавливает с ребенком симбиотические отношения, задерживает его двигательное развитие и готовность к социальным контактам, удерживает его в пассивно-рецептивной позиции. В результате у будущего пациента развиваются настоящая, апатически-мрачная отчаянность; стремление к бегству в одиночество, притязательно-агрессивное чувство вины.

В преморбиде больных отличают повышенная тревожность, импульсивность, сниженная самооценка, экстравертированность, коммуникативные нарушения, тенденция к формированию различных зависимостей. Непреодолимое влечение к пище может служить для купирования невротических симптомов: тревоги, подавленности, напряженности. В рамках аддиктивного поведения пищевое удовольствие становится альтернативой скучной и регламентированной жизни. Чтобы вызывать «острые ощущения», еда становится обильной и необычной. Кроме того, переедание и избыточный вес являются вызовом родительскому и общественному мнению о правильном питании и идеальной фигуре: таким образом девушка пытается преодолеть инфантильную зависимость.

Психодинамика. Влечение к пище может быть попыткой ухода от реальности (бегство в пиршество, оргию). Акт поглощения еды уменьшает ситуационную тревогу и подавленность за счет смещения внимания на тело, вес которого контролировать легче, чем ситуацию и свое эмоциональное состояние. В дальнейшем этот стереотип становится реакцией на эмоциональную фрустрацию. Определенная пища может иметь то или иное символическое значение. Молоко вызывает чувство защищенности, мясо – силы, икра – престижа, кофе и спиртное – взрослости, сладости – награды.

Можно выделить следующие мотивы булимического поведения: страстное желание обладать, поглощать, фантазии о беременности и кастрационные желания (откусывание от батона хлеба или колбасы). Ожирение может служить защитой от мазохистски отвергаемой роли привлекательной женщины, массивность и солидность – прикрывать скрытую неуверенность мужчины (наравне с такими фаллическими символами, как галстук и борода). Вторичная выгода от ожирения состоит в том, что к лицам с избыточным весом обычно предъявляется меньше требований. Тучные люди обвиняют в своих неудачах внешность, лишая себя желания избегать их.

Непременным условием приступа обжорства с рвотой является изоляция, как при мастурбации, суррогатом которой можно считать булимическую оргию. Однако нарастающая изоляция и отказ от контактов приводят к заместительному удовлетворению на оральном уровне – таким образом, возникает порочный круг. Неприемлемость сексуальных фантазий и агрессивных побуждений проявляется символически, на языке тела и пищевого поведения. Рвота заменяет выкидыш, отказ от беременности. Ожирение служит «поясом целомудрия», демонстрируя отказ от сексуальной привлекательности и половой роли.

Избыточный вес защищает женщину от эксгибиционистских тенденций и мужского внимания, против которого она боится не устоять. Женщина может также использовать избыточный вес для протеста против общества, в котором доминируют мужчины, желающие видеть в женщинах стройных и пассивных сексуальных роботов. Тучные мужья избегают домашней работы и секса, прячась в свою неприступную крепость – вялую мускулатуру «пропитанную жиром».

Сам процесс приема пищи призван заменить акт сосания груди, который стал неосуществимым. Поэтому борьба за психологическую независимость от матери выражается в двойственном отношении к еде: 1) в основе экзистенциальной мотивации лежит чувство внутренней пустоты и скуки; пища заполняет рот и живот, вызывая эйфорию, которая не может заменить наполненной внутренней жизни; 2) увеличение количества пищи вызывает ощущения излишка, тяжести, неспособности переварить ее, чувство утраты самоконтроля, разочарования в данном способе компенсации. Каждый приступ булимии усиливает чувство неполноценности и потребность в самонаказании. Таким извращенным карающим наслаждением становится следующий приступ.

Для больной булимией важно не только съесть продукт, но и испортить его, и затем выбросить как обесцененный и побежденный. За маской любви к еде (к груди, матери) в хищном рте и ненасытном желудке прячется жадность, зависть и ревность. «Промыть желу-

док» и «очистить кишечник» после еды – это все равно что «умыть руки» для «очистки совести». Вспомните леди Макбет, навязчиво пытавшуюся отмыть руки от крови своей жертвы. При этом используется такая защита, как отмена.

На языке тела голод угрожает потерей контроля. Агрессивное поедание пищи демонстрирует всепоглощающий контроль, однако из-за невозможности остановиться формируется зависимость. Последней попыткой восстановить контроль над проглоченной пищей становится рвота или испражнение. Каждая оргия завершается переживанием чувств вины и стыда, в результате снижается самооценка, которую пациент пытается повысить за счет достижений в других сферах. Будучи не в силах вынести расщепления на внешнюю благополучную и скрываемую плохую самооценку, личность прибегает к спасительной анозогнозии, которую можно расценить как аддиктивную защиту через отрицание. Наконец, переедание может символизировать замедленное прогрессирующее самоубийство.

☺ Не откладывай до ужина того, что можешь съесть за обедом.

А. Пушкин

Терапия

С.А. Кулаков (2003) приводит схему первой беседы с пациентом, страдающим гиперфагией.

1. Присоединение. Используются техники индивидуального и семейного консультирования.
2. Определение проблемного поведения. «Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы понимаете эту проблему?»
3. Оценка степени тяжести проблемы. «Насколько эта проблема затрудняет вашу жизнь? Как оценивают ее ваши близкие?»
4. Выяснение течения заболевания. Получение биографических, анамнестических и диагностических данных.
5. Наличие других эмоциональных и поведенческих расстройств. Выявляются сопутствующие диагнозы.
6. Наличие сопутствующих аддикций: трудоголизма, вещизма, азартных или компьютерных игр, промискуитета, клептомании, никотинизма, алкоголизма, наркомании.
7. Сравнение субъективных выгод и жертв, связанных с перееданием. Взвешивание доводов «за» и «против».
8. Оценка терапевтической установки: обращение за помощью произошло под влиянием родителей, ситуации или собственного запроса.
9. Наличие компульсивности. Компульсивное влечение существует постоянно, подчиняет поведение пациента, реализуется вопреки борьбе мотивов.
10. Утрата контроля за своим времяпрепровождением и тратой денег.
11. Поощрения воздержания от еды. Кто и какими способами поддерживает ограничения в еде.
12. Поиск альтернативных способов достижения комфорта. Выявление состояний и ситуаций, которые избегались при помощи еды. Выявление комфортных состояний и ситуаций. Разработка плана конкретных действий без переедания.
13. Обсуждение стрессоров и способов совладания с ними. Выявление стрессоров, степени устойчивости к ним и способов совладания с ними.
14. Определение дисфункциональных установок пациента в отношении еды.
15. Рассмотрение последствий переедания.
16. Поощрение принятия пациентом личной ответственности за выздоровление.

17. Обсуждение дисфункциональных взаимоотношений с родителями, друзьями и подругами.

18. Обсуждение семейных проблем: контроля за едой, алкоголизма и т. д.

19. Выявление фиксации на том или ином этапе индивидуального развития.

20. Локализация центральной темы межличностного конфликта.

21. Исследование аффективной сферы.

22. Определение эмоций, провоцирующих переедание: обиды, злости, отчаяния, боли и т. д.

23. Оценка сопротивления лечению. Выявление социальных, личностных и биологических негативных реакций во время направления на лечение.

24. Определение готовности пациента сотрудничать в терапевтической работе. Поиск наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к терапии.

25. Постановка гипотез и формулирование терапевтического запроса.

26. Заключение терапевтического контракта.

Сверхценное желание снизить вес при отсутствии контроля над своим пищевым поведением заставляет пациентов сравнительно легко соглашаться на лечение. Однако целью терапии должно быть не быстрое похудание, а перестройка пищевого поведения с постепенным сбрасыванием веса. При выраженном нарушении обмена веществ и суицидальных тенденциях больных госпитализируют, назначают прозак, amitriptilin и финлепсин.

Проводят индивидуальную и групповую когнитивно-поведенческую терапию, направленную на улучшение эмоционально-волевого самоконтроля, нормализацию пищевых привычек, отношения к еде. Больных просят вести дневник, в котором они ежедневно описывают свое пищевое поведение, фиксируют ощущения голода и сытости, чтобы контролировать чувства, провоцирующие приступы обжорства. Анализ этих записей помогает установить, какое настроение, какие ситуации вызывают потребность в еде.

Выявляют стимулы и ситуации, которые провоцируют переедание (например, просмотр телепередач). Больным рекомендуют держать дома как можно меньше высококалорийных продуктов и ограничить доступ к ним, для «перекусов» иметь под рукой сырую морковь и сельдерей; есть только на кухне в отведенное время, используя лишь определенную изысканную посуду и столовые приборы. Во время еды советуют избегать разговоров, чтения газет или просмотра телепередач, полностью сосредоточиться на процессе потребления пищи и получении удовольствия от еды. Пациентов просят считать во время еды каждый глоток и кусок. После каждого третьего куса нужно откладывать столовый прибор, пока этот кусок не будет пережеван и проглочен; эти паузы постепенно растягиваются. Устанавливается система поощрений: за определенные успехи начисляются очки, которые затем суммируются и с помощью членов семьи превращаются в какие-либо льготы: для детей – поход в кино, для женщин – освобождение от домашней работы и т. п.

Для предупреждения тревожных реакций на определенные ситуации больным демонстрируют эти ситуации, удерживая их от обычных компульсивных действий, убеждая в безопасности происходящего и отсутствии необходимости в прежних реакциях. Для подкрепления воздержания от тайных приступов переедания и рвоты используется авersive прием: пациентке предлагают самой принести большое количество пищи и осуществить акт переедания в присутствии персонала, который остается с ней до исчезновения побуждения вызвать рвоту. В это время пациентке помогают понять, что пища может быть безвредной и даже нужной, от нее не следует избавляться. С самого начала терапии в рацион включаются так называемые запрещенные продукты, содержащие много калорий: шоколад, пирожные и т. п. Пациентов обучают есть их в небольших количествах.

Важное значение придается тому, чтобы больная научилась оценивать свое тело более дифференцированно, чем «худая – толстая». Вначале пациентка со всех сторон рассматри-

вает свое тело в зеркале. Это повторяется при различном настроении и в различное время суток, в частности перед обедом и после него. Под руководством терапевта пациентки занимаются двигательными упражнениями в облегчающей одежде.

С больными проводятся беседы, которые помогают им как можно точнее описать свой внешний вид, высказать мысли и чувства, возникающие у них при рассматривании своего тела. При этом терапевт следит за тем, чтобы пациентки не отводили глаз от своего отражения в зеркале и не меняли тему разговора.

Каждое упражнение заканчивается только тогда, когда негативные чувства значительно уменьшаются. В результате этих упражнений пациентки привыкают к виду своего тела, расширяют критерии своей внешней привлекательности и перестают придавать слишком большое значение недостаткам своего внешнего вида.

Велика роль раскрывающей терапии, фокусированной на теме питания и представлений об идеальной комплекции. Рассматривается связь особенностей пищевого поведения пациентки с ее текущими конфликтами и ситуационно обусловленными колебаниями настроения. Необходимо учитывать, что в период лечения у больных усиливается чувство утраты («диетическая депрессия»), они пытаются уйти от обсуждения своего пищевого поведения, переключая внимание на медицинские проблемы. В ходе терапии анализируются механизмы неизбежных рецидивов. Терапия может считаться завершенной лишь после отреагирования нарциссических обид и заполнения экзистенциального вакуума. Эффективным является участие в группах взаимопомощи «Анонимные обжоры».

Д. Доктер (2002) составляет психодраматические группы из 4–6 человек, смешивая больных анорексией и булимией и вводя в качестве образца ассистента или пациента с желаемым весом. Чтобы избежать отказа от участия в группе, обычного для этих больных, групповая работа сочетается с индивидуальной. Драматерапия со взрослыми пациентами, находящимися на стационарном лечении, проводится в течение 6–12 мес. с частотой 1 раз в неделю и фокусирована на межличностных проблемах пациентов. Параллельно с ними занимается мультидисциплинарная бригада, в том числе команда, работающая с нарушениями пищевого контроля. Вначале используются преимущественно проективные техники: скульптура, поэзия, составление рассказов. Затем проигрываются отдельные сцены из жизни – от нейтральных до высокозначимых.

Пример

Молодая учительница пения, говорливая полная брюнетка маленького роста, разведенная, имеющая дочь-дошкольницу, была склонна к пищевым, алкогольным и сексуальным эксцессам, строила свои личные отношения на меркантильном интересе. Оставив свою дочь матери, с которой она была в натянутых отношениях, уехала в Японию.

Пела в ночном клубе; по условиям договора ей запрещалось вступать в интимные связи с посетителями, надо было кокетничать с ними; позволялось угощаться за их счет, однако без употребления спиртного. Копила деньги на машину, экономила на всем. Стала переедать на работе, красть продукты, косметику и бижутерию в магазинах. Однажды была поймана и предупреждена о возможности выдворения из страны. Купив машину, вернулась на родину. Планировала поступить в Японии на курсы менеджеров и вместе с дочерью переехать туда жить. Однако, опасаясь, что не сможет контролировать свое поведение, обратилась для проведения краткосрочной психотерапии.

Выяснилось, что мать пациентки – учительница – прививала ей строгие моральные нормы, за непослушание наказывала лишением обеда. Бабушка-буфетчица жалела внучку и приносила ей сладости. Отец пил и гулял; когда

пациентке было 5 лет, он оставил семью. Девочка скучала по нему, так как он один играл с ней, но мать запретила им свидания. Росла «мальчишницей», втайне от матери рано начала половую жизнь, в 18 лет родила дочь, вышла замуж беременной без любви. Муж пил, изменял ей, у нее также были романы, вскоре они расстались. С тех пор пациентка живет с матерью, которая всегда предпочитала ей своих учеников, а теперь – внуку.

Участвовала в индивидуальной и групповой динамической психотерапии в течение трех месяцев. Была фиксирована на своем весе, часто переедала и затем вызывала искусственную рвоту. По несколько суток проводила со случайными мужчинами, получая от них деньги; на прощание украдкой брала себе какой-нибудь «сувенир». Несколько раз напивалась допьяна. На групповых занятиях говорила без умолку – как сказал один из пациентов, «не давала никому рта раскрыть» (опасаясь критических замечаний в ответ на свои признания). По мере осознания связи своего поведения с особенностями детства и взросления уважения со стороны участников группы, вызванного ее открытостью и доверием, внимание пациентки переместилось с контроля за внешностью и поведением на хронические внутренние проблемы. Этого оказалось достаточно, чтобы переключить интересы пациентки на подготовку к отъезду, перестройку отношений с дочерью и бывшим мужем; она разыскала отца и впервые за много лет встретила с ним. На последней групповой сессии пообещала писать; через два месяца прислала письмо, в котором благодарила группу, которая «дала ей другой взгляд на жизнь».

☺ Фермерша вызывает врача и просит осмотреть ее поросенка:

– Не могу понять, он так плохо прибавляет в весе...

– Но почему вы обратились ко мне?! – возмущается врач. – Вы же вполне могли вызвать ветеринара.

– Ах, не сердитесь, доктор, я совершенно не доверяю нашему ветеринару: он такой тощенький...

Азартное поведение

Желание есть сущность человека.

Б. Спиноза

В норме азартное поведение проявляется как увлечение, которое характеризуется осознанностью цели и мотива, интеллектуализированными эмоциями; динамика расстройства непрерывна, а не приступообразна, оно реализуется не импульсивно, а лишь после тяжелой борьбы мотивов (Менделевич, 2001, 2003). Азарт отличается от остальных человеческих чувств тем, что его предметом являются положительные эмоции как таковые. Вначале человек стремится испытать эти чувства, а затем ему необходимо, чтобы они им овладели, т. е. превратились в аффект, когда воля концентрируется на единственной цели – испытать экстаз. При этом личность регрессирует к орально-сенсорной стадии развития, на которой нет никаких ограничений, не требуется активных действий, проблемы разрешаются сами собой и существует лишь немедленное наслаждение.

Существенную роль в происхождении азартного поведения играет эндорфин, выделяющийся, например, во время усиленных физических нагрузок. Он вызывает эйфорию, которая проявляется как «пик бегуна» и тяга к тренировкам, а также выравнивает настроение при легких формах депрессии. Кроме того, он облегчает переносимость боли при спортивных травмах. Психологический портрет вечного «скалолаза», убегающего от реальности («Оставьте меня, наконец, в покое!»), ярко изобразил Патрик Зюскинд в «Повести о господине Зоммере».

Патологические влечения (F63)

*У меня есть вредные привычки, и я к ним привык.
Алексей Симонов*

По МКБ-10, патологическое влечение – это расстройство контроля над побуждениями (расстройство импульсивного контроля), выражающееся в неспособности человека противостоять импульсивно возникающим желаниям совершать действия, опасные для него самого или окружающих. При удовлетворении этих желаний (воровство, поджог, агрессия и т. д.) возникает чувство удовольствия. В МКБ-10 выделены следующие патологические влечения: гемблинг (англ. gambling – игра на деньги) – патологическое влечение к азартным играм, клептомания (греч. klepto – красть) – импульсивные мелкие кражи, пиромания (греч. руг – огонь) – импульсивное поджигательство, дромомания (греч. dromos – бег) – импульсивное бродяжничество, трихотилломания (греч. trichos, trillo – выдирать) – импульсивное выдергивание волос, онихофагия (греч. onichos – ноготь; phagein – есть) – импульсивное обгрызание ногтей.

Импульсивное поведение, в отличие от компульсивного, происходит без борьбы мотивов, оно эгосинтонно, т. е. созвучно личности, протекает на психопатическом уровне (компульсивное – эгодистонно, чуждо личности, совершается на невротическом уровне). Проявляясь в импульсивной форме, перечисленные зависимости характеризуются следующими чертами. Перед реализацией импульса аддикт испытывает состояние напряжения, которое он может разрядить лишь путем совершения импульсивного действия. После его исполнения он испытывает облегчение. Аддиктивный акт сопровождается переживанием азарта, которое со временем притупляется. Чтобы поддерживать требуемую интенсивность чувств, необходимо продлевать время такого акта, совершать его чаще, вводить различные препятствия и риск. При невозможности удовлетворять патологическое влечение наступает абстинентное состояние. Аддиктивное поведение происходит уже не ради эйфории, а ради избавления от абстиненции. Остальные интересы постепенно ослабевают и утрачиваются. Как и при химической аддикции, человек теряет социальные связи и деградирует.

☺ Лучший способ справиться с соблазном – поддаться ему.

Игромания (F63.0)

*Не будучи в состоянии обмениваться мыслями, люди
перебрасываются картами.*

Артур Шопенгауэр

Аддикция к азартным играм, игромания имеет английское название «гемблинг» или латинское – лудомания (ludo – играю). Существует множество вариантов игр: карточные игры, рулетка, тотализатор, спортивные игры, игровые автоматы, лотереи, кроссворды. Казино и игровые автоматы особенно интенсивно вытесняют активные, творческие виды проведения досуга. Исследования Национальной ассоциации США по проблемам азартных игр свидетельствуют, что среднестатистический житель любой страны мира может стать уголовным преступником с вероятностью 6 %, наркоманом – 32 %, алкоголиком – 34 %, игроголиком – 48 %. Гемблинг часто сочетается с алкоголизмом: по статистике пьющие люди становятся игроголиками в 23 раза чаще, чем непьющие.

По данным некоторых авторов, гемблингом страдает до 40 тыс. жителей Санкт-Петербурга. В США 80 % американцев одобряют те или иные азартные игры, а 61 % населения обнаруживает какой-либо вид азартного поведения. 51,2 млн. жителей США посещают казино, 15,4 млн. страдают патологической зависимостью от азартных игр, а 3 млн. игроков обращаются за помощью к психотерапевтам. Установлено, что в США заядлые игроки ежегодно проигрывают свыше 20 млрд. долл. В маленькой Швеции насчитывается более 10 млн. заядлых игроков, жизнь которых полностью подчинена болезненной страсти. Курс лечения в шведской клинике обходится в 200 тыс. долл. и успешен только в половине случаев. Распространенной формой взаимопомощи являются группы «Анонимных Игроков», организованные по принципу «Анонимных Алкоголиков».

Диагноз патологического гемблинга ставится при наличии следующих признаков. 1. Два и более эпизода азартных игр за последние 12 месяцев. 2. Возобновление эпизодов, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание, нарушения социальной и профессиональной адаптации. 3. Невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать ее волевым усилием. 4. Постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре и всем, что с ней связано.

Для выявления игровой зависимости служит следующий популярный тест, помещенный в Интернете (стр. 191).

Более точным является другой тест, также размещенный в Интернете (стр. 192).

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) описывают игровой цикл, состоящий из следующих фаз. Фаза *воздержания* обусловлена отсутствием денег, давлением окружающих или подавленностью после проигрыша. Фаза *«автоматических фантазий»* характеризуется проигрыванием в воображении состояния азарта в предвкушении выигрыша; эти фантазии или воспоминания возникают спонтанно или под влиянием косвенных стимулов. Фаза *нарастания эмоционального напряжения*, чаще дисфорического, которое сопровождается учащением фантазий об игре или повышением сексуального влечения, стремлением к интенсивным физическим и интеллектуальным нагрузкам, нецеленаправленной активностью. Фаза *принятия решения играть* на 1-й стадии болезни проявляется в лихорадочном, схематичном планировании варианта выигрыша под влиянием нарастающих фантазий; на более поздних этапах решение отыгаться приходит сразу после проигрыша. Фаза *вытеснения принятого решения* заключается в появлении иллюзии контроля над своим поведением, в результате игрок идет навстречу угрозе срыва, не осознавая риска: получает большую сумму денег, выпивает, пытается сыграть ради развлечения. Фаза *реализации принятого*

решения сопровождается сильным эмоциональным возбуждением, больного одолевают фантазии о предстоящей игре; он впадает в транс, в котором находится до тех пор, пока не останется без денег или без сил. После игры больной пребывает в подавленном состоянии, критикует себя и обещает больше не играть. В результате наступает эмоциональная разрядка, он прощает себя за данный игровой эпизод.

1. Тратили ли вы когда-либо на игру время, отведенное для работы?
2. Бывали ли случаи, когда игра вызывала домашние ссоры или отравляла вашу семейную жизнь?
3. Сказывалась ли игра на вашей репутации?
4. Испытывали ли вы когда-либо раскаяние после игры?
5. Играли ли вы когда-либо для того, чтобы добыть деньги, необходимые для отдачи долга, или чтобы решить какие-либо денежные проблемы?
6. Приводила ли игра к снижению ваших амбиций или к ухудшению эффективности вашей деятельности?
7. Бывали ли моменты, когда после проигрыша вы чувствовали, что должны как можно быстрее вернуться и отыграться?
8. Были ли случаи, когда после выигрыша у вас было настойчивое желание вернуться и выиграть еще?
9. Часто ли вы играете до тех пор, пока не проиграете все деньги, которые у вас с собой?
10. Занимали ли вы когда-либо деньги на игру?
11. Случалось ли вам что-либо продавать, чтобы добыть деньги на игру?
12. Случалось ли вам испытывать нежелание тратить на повседневные расходы деньги, выигранные или отложенные на игру?
13. Случалось ли, что в азарте игры вы забывали об ответственности за собственное благосостояние или благосостояние своей семьи?
14. Доводилось ли вам тратить на игру больше времени, чем вы планировали?
15. Для того чтобы добыть деньги на игру, делали ли вы что-либо противозаконное, задумывались ли об этом?
16. Случалось ли вам с трудом засыпать из-за мыслей об игре?
17. Вызывает ли у вас разочарования, ссоры или споры желание отправиться играть?
18. Бывало ли у вас желание отметить какую-либо удачу или неожиданно появившиеся деньги проведением нескольких часов за игрой?
19. Случалось ли вам в результате игры задумываться о самоубийстве или причинении себе вреда?

Семь и более положительных ответов на эти вопросы говорят о сформировавшейся зависимости.

Ответьте на следующие вопросы, имея в виду последние 12 месяцев: никогда – 0, иногда – 1, чаще всего – 2, почти всегда – 3.

1. Ставили ли вы на кон больше, чем могли позволить себе потерять?
2. В последние 12 месяцев требовалось ли вам играть на более крупную сумму, чтобы достичь той же степени возбуждения?
3. Когда вы играли, возвращались ли вы на другой день к игре, чтобы отыграть проигранные деньги?

4. Одалживали ли вы когда-либо деньги или продавали имущество, чтобы иметь возможность играть?

5. Чувствовали ли вы когда-либо, что у вас могут быть проблемы с азартными играми?

6. Являлась ли когда-либо азартная игра причиной ваших проблем со здоровьем, включая стресс и беспричинное беспокойство?

7. Критиковали ли вас за ваше пристрастие к азартным играм или говорили вам, что у вас проблемы с азартными играми, независимо от того, считали ли вы эти замечания справедливыми?

8. Являлось ли когда-либо ваше пристрастие к азартным играм причиной финансовых проблем для вас или вашей семьи?

9. Чувствовали ли вы когда-либо вину за то, как вы играете, или за то, что происходит во время вашей игры?

Оценивается сумма баллов. 1–2 балла при частой игре может означать достаточно высокую степень риска формирования зависимости. 3–7 баллов – высок риск негативных последствий. 8 и более баллов – из-за утраченного контроля над игрой возможны серьезные последствия.

У мужчин расстройство начинается в подростковом возрасте, у женщин – во второй половине жизни. У новичка оно может возникнуть после первой игры при крупном выигрыше. Затем периодические выигрыши и проигрыши играют роль прерывистого подкрепления – самого мощного режима подкрепления при оперантном обусловливании. Азартное поведение принимает хронический и прогрессирующий характер. Игрок проходит через четыре последовательные стадии течения болезни.

1. Стадия выигрышей: случайные случаи игры, частые выигрыши, возбуждение предшествует и сопутствует игре, потребность играть все чаще, повышать ставки, играть «на грани фола», когда за секунду можно потерять все, что имеешь или приобрести «весь мир». Фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм.

2. Стадия проигрышей: стремление играть без свидетелей, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, одалживание денег на игру. Невозможность прекратить игру ни после большого выигрыша, ни в случае постоянных проигрышей; она может длиться непрерывно по нескольку суток. Ложь и сокрытие от своей проблемы других, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ отдавать долги, изменение личности – раздражительность, утомляемость, необщительность. Тяжелая эмоциональная обстановка в семье, очень большие долги, сделанные как законными, так и незаконными способами, неспособность выплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть. При этом возникает *синдром отмены* – тяжелое дисфорическое состояние с головной болью, беспокойством, нарушением внимания, подавленностью и раздражительностью, ухудшением сна. Это состояние проходит только после включения в игру.

3. Стадия отчаяния: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера ставки, отдаление от семьи и друзей. Утрачивается приобретенное ранее высокое техническое мастерство игры: большие делают нерасчетливые ходы, прибегают к неоправданному риску. Больной достает деньги для игры любыми способами: прибегает к лжи, растратам, аферам и хищениям. При этом он собирается использовать эти деньги для выигрыша и вернуть долги, но не удерживается и вновь все проигрывает. Возникают угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника. Наказания и самообвинения лишь обостряют стремление «поправить» настроение привычным способом.

4. Постепенно больной становится раздражительным, замкнутым, в поисках денег на игру вступает в контакт с преступным миром, теряет друзей, семью, работу, свободу. В финале – уход в себя, безнадежность, злоупотребление алкоголем, аффективные расстройства, суицидальные мысли и попытки.

Патологические игроки делятся на два типа личностей. *Гипертимные* личности самоуверенны и энергичны, склонны к мотовству, особенно в периоды тревожно-депрессивных проявлений. *Гипотимные* подавлены, неуверенны, легко впадают в уныние при неудачах. Выделяют также смеющихся, плачущих и отчаявшихся игроков. Для смеющегося игрока игра – прежде всего, развлечение, он контролирует размеры проигрышей, обвиняет в них других людей или случай. Плачущий игрок подчиняет игре все остальные интересы, постоянно озабочен необходимостью отдавать долги, которые неуклонно растут. Отчаявшийся игрок полностью поработан игрой, у него не остается ни работы, ни семьи, ни друзей, без игры он чувствует себя как наркоман без наркотика и может импульсивно покончить с собой.

У игроголиков отмечается высокий интеллект, большая энергия при узком круге интересов, трудоголизм, авантюризм, максимализм, чрезмерная критичность по отношению к близким и друзьям, в то же время склонность избегать серьезных конфликтов с помощью искажения фактов и лжи. Они отличаются жадой острых ощущений, сильной потребностью в признании окружающих, непокорностью, суеверностью. Азартные игроки скучают в обычной компании и часто после работы продолжают деловые переговоры по телефону. Эти люди – хорошие организаторы, но плохие исполнители, они генерируют идеи, но не воплощают их. Они не копят денег, а тратят их, если занимают – то в максимальных количествах и с нарастающей частотой. Им свойственна фетишизация денег, которые они воспринимают как источник своих проблем и в то же время как способ их решения. Фетишем может стать любимый игровой автомат – «мой», «более честный», «который когда-нибудь отдаст вложенные деньги».

Мало кому известно, какую роль сыграли карты в жизни И.А. Крылова. Свою первую басню он написал в 19 лет, она называется «Судьба игроков» и при его жизни публиковалась только один раз, анонимно.

Вчера с приятеля в *карете* видел я;
Бедняк – приятель мой, я очень удивился,
Чем столько он разбился?
А он поведал мне всю правду, не тая,
Что картами себе именье он доставил
И выше всех наук игру картежну ставил.
Сегодня же пешком попался мне мой друг
«Конечно, – я сказал, – спустил уж все ты с рук?»
А он, как философ, гласил в своем ответе:
«Ты знаешь, колесом вертится все на свете».

В 1793 г. Екатерина II закрыла вольнодумный журнал Крылова «Санкт-Петербургский Меркурий», выдав ему жалованье за пять лет вперед для завершения образования за границей. За границу Крылов не поехал, а стал профессиональным карточным игроком. Он ездил по игорным домам России, проводя дни и ночи в карточном угаре. И часто ему везло, сказывались математические способности. Крылову даже казалось, что он освоил тайные формулы карточной игры, открыл ее вековые секреты.

Биограф Крылова В.Ф. Кеневич вспоминает: «Нельзя сказать: он играл в карты; он жил ими, он видел в них средство разбогатеть. Он отыскивал сборища игроков и проводил с ними дни и ночи. “Стыдно сознаться, – говорил он впоследствии Н.И. Гречу, – я ездил

по ярмаркам, чтобы отыскивать партнеров”. Успех поощрял к игре: в короткое время он сделался обладателем капитала в 110 тысяч рублей ассигнациями».

В 1795 г. указом Екатерины II игорные дома были запрещены. Составлялись реестры игроков, которым грозила высылка. В один из таких реестров попал и Крылов. Чтобы не оказаться в Сибири с клеймом карточного игрока, ему пришлось отсидеться в глуши, в своем подмосковном имении. После воцарения Павла Крылов живет в киевском имении опального князя Голицына в качестве его личного секретаря и учителя младших детей и довольствуется игрой с ними в кости.

В 1801 г. на престол всходит Александр I, князь Голицын получает должность лифляндского военного генерал-губернатора, а Крылов – управлятеля его канцелярии. Иван Андреевич переезжает с патроном в Ригу и... вновь берет в руки карты. А Александр I издает указ «Об истреблении непозволительных карточных игр», где говорится, что «толпа бесчестных хищников, с хладнокровием обдумав разорение целых фамилий, одним ударом исторгает из рук неопытных юношей достояние предков, веками службы и трудов уготованное». Всех уличенных в азартных играх приказано было брать под стражу и отсылать к суду. Князь расстается со своим секретарем по-хорошему, выдав ему отличную характеристику.

В.Ф. Кеневич продолжает свой рассказ: «Наконец, умудренный опытом, искушенный в превратностях жизни, он в 1806 г. возвратился в Петербург... По-прежнему он отыскивал игроков, вмешивался в их сборища – но уже не был так счастлив, как прежде. Вместе с какими-то шулерами он был призван к генерал-губернатору, который объявил им, что они на основании законов подлежат высылке из столицы. Обратясь же к Крылову, он сказал: “А Вам, милостивый государь, стыдно. Вы, известный писатель, должны были бы сами преследовать порок, а между тем не стыдитесь сидеть за одним столом с отъявленными негодьями”. Ему также грозило изгнание из столицы, но он отделался, пренаивно сказав: “Если бы я их обыграл, тогда я был бы виновен; но ведь они меня обыграли. У меня осталось из 110 тысяч – всего пять; мне не с чем продолжать играть”».

Однако до 1810 г. Крылов ездил «на промыслы картежные», превратил свою столичную квартиру в игорный дом. Как вспоминает В.А. Оленина, «играя хорошо, он много выигрывал, но признавался мне, что только тогда успокоился, когда у него почти все отыграли, и тогда он себе поклялся все бросить и играть только для препровождения времени в клубе».

Клятву свою Иван Андреевич сдержал, однако взамен у него развилось обжорство, про которое ходили анекдоты. Вот один из них. Как-то раз вечером Крылов зашел к сенатору Абакумову и застал у него несколько человек, приглашенных на ужин. Абакумов и его гости пристали к Крылову, чтобы он непременно с ними поужинал; но он не поддавался, говоря, что дома его ожидает стерляжья уха. Наконец его удалось уговорить при условии, что ужин будет подан немедленно. Сели за стол. Крылов съел столько же, сколько все остальные гости вместе, и едва успел проглотить последний кусок, как схватился за шапку.

– Помилуйте, Иван Андреевич, да теперь-то куда же вам торопиться? – закричали хозяин и гости в один голос. – Ведь вы поужинали.

– Да сколько же мне раз вам говорить, что меня дома стерляжья уха ожидает, я и то боюсь, чтобы она не остыла, – сердито отвечал Крылов и удалился со всей поспешностью, на какую только был способен (Калугин, 2003).

Пушкин также числился в полицейских списках как известный в Москве банкомет. Автор «Пиковой дамы» проигрывал в карты десятки тысяч рублей за вечер, и после смерти его долги погашал назначенный царем Опекунский совет. Плетнев, руководивший пушкинским «Современником» после гибели поэта, вспоминает: «Пушкин говаривал, что сильную игру надобно отнести в разряд тех предприятий, которые, касаясь, с одной стороны близкой гибели, а с другой блистательного успеха, наполняют душу самыми сильными ощущени-

ями, всегда увлекательными для людей необыкновенных». Анна Керн утверждает, что Пушкин называл карты своей единственной привязанностью. Он считал страсть к игре самой сильной из страстей и признавался: «Я бы предпочел умереть, чем не играть». Ближайший друг Пушкина князь Петр Вяземский объяснял грехи молодости так: «Мне нужно было в то время кипятить свою кровь на каком огне бы то ни было, и я прокипятил на картах около полумиллиона». Пушкин кипятил свою кровь еще и многочисленными любовными увлечениями и дуэлями. Только за последние полтора года жизни он сделал три вызова на дуэль. Последний оказался роковым... (Аксасский, 2003).

Власть губительной страсти над Ф.М. Достоевским можно видеть из его письма к поэту Аполлону Майкову: «Проезжая недалеко от Бадена, я вздумал туда завернуть. Соблазнительная мысль меня мучила: пожертвовать 10 луидоров и, может быть, выиграю хоть 2000 франков лишних... Гаже всего, что мне и прежде случалось иногда выигрывать. А хуже всего, что натура моя подлая и слишком страстная... Бес тотчас же сыграл со мной шутку: я, дня в три, выиграл 4000 франков, с необыкновенной легкостью... главное – сама игра. Знаете ли, как это втягивает... Я рискнул дальше и проиграл... Я знаю, Аполлон Николаевич, что у Вас у самих денег *лишних* нет. Никогда бы я не обратился к вам с просьбой о помощи. Но я ведь утопаю, утонул совершенно. Через две-три недели я совершенно без копейки... Голубчик, спасите меня!» (Шувалов, 2001).

Анализируя поведение Достоевского, который начинал писать только тогда, когда закладывал все свое имущество, Фрейд (1991б) отмечает: «Всегда он оставался у игорного стола, пока не проигрывал всего, пока не был полностью уничтожен. Только когда это зло осуществлялось, демон покидал его душу и предоставлял место творческому гению». Фрейд связывает неосознанное стремление Достоевского к проигрышу с чувством вины и потребностью в самонаказании. Для самого Достоевского источник чувства вины так и остался непонятным; Фрейд выводит это чувство из стремления к отцеубийству как результата его сексуальных конфликтов в детском возрасте.

☉ Из казино выходят двое мужчин. Один в плавках, другой совсем раздет.

– Тебе хорошо, – обращается голый игрок к товарищу, – умеешь вовремя остановиться!

Компьютерная зависимость

Приобщение к азартным играм сейчас начинается с детского возраста путем видеоигр – детского казино на дому. В видеоиграх выигрышем является каждый бонус, дающий «дополнительную жизнь», успешное прохождение одного уровня дает игроку пропуск на следующий уровень, а удачное завершение всей игры – звание победителя. При этом деньги пока что не нужны, риск лишь виртуальный, за счет идентификации с героем. И родители довольны – по улице ребенок не слоняется, да и к технике приобщается – пригодится.

У взрослых пользователей при работе на компьютере выявлены эмоциональные состояния, характерные для общения со значимым другим человеком: азарт, сосредоточенность, решительность, любопытство и заинтересованность, облегчение, удовлетворение, удовольствие, радость, восторг и восхищение, хорошее настроение, удивление, растерянность и замешательство, волнение и беспокойство, неуверенность, разочарование, огорчение, неудовлетворенность и недовольство, злость, тревога и испуг. Приятные переживания чаще наблюдаются у подростков и юношей. У молодых людей появляются сосредоточенность, волнение и беспокойство. «Компьютерная тревога» усиливается с возрастом и более свойственна женщинам.

В происхождении компьютерной зависимости важную роль играет виртуальная реальность, обеспечивающая тотальное насыщение зрительного, слухового и кинестетического анализаторов и таким образом составляющая мощную конкуренцию истинной реальности. Причем граница между этими реальностями размывается благодаря действиям, направленным на сам компьютер и окружающие объекты. Кроме того, работа на компьютере связана с дополнительным эмоциональным напряжением из-за частых сбоев, обусловленных содержанием работы, управлением компьютером или несовершенством существующих технических устройств.

Последние годы в связи с развитием Интернета появилась новая зависимость – **Интернет-аддикция**. Она развивается у 25 % пользователей в течение первого полугодия и у 58 % – в течение второго полугодия. В эту аддикцию входит обсессивное пристрастие к компьютерным играм или программированию; патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам, поглощенность виртуальным общением и компульсивное блуждание в удаленных базах данных в поисках новой информации.

Аддикт воспринимает компьютерную игру как вызов своим способностям, она требует от него высокого уровня умений, большой мобилизации, концентрации внимания, скорости реакции. У аддикта возникает ощущение перехода в другое измерение, нарушается чувство времени, снижается интерес к окружающей реальности. Он пропускает обычное время приема пищи, мало спит, уделяет недостаточное внимание своему внешнему виду и личной гигиене. Его пальцы постоянно совершают движения, как будто печатают на клавиатуре. У него появляются головные боли и боли в спине, сухость глаз, изменяется характер сновидений.

У 65 % детей развивается феномен «воображаемого друга» (сверстников, животных, неживых существ), при этом реальное общение сводится к минимуму. Они посвящают своему увлечению все свободное время, тратят карманные деньги на покупку очередного компакт-диска или модернизацию компьютера. Во время беседы дети оживляются лишь при затрагивании тем, связанных с компьютером, при этом становятся экзальтированными, подолгу и со многими подробностями описывают какую-нибудь видеоигру, как бы играя в нее в этот момент. Попытки взрослых ограничить время, проводимое ребенком за компьютером, вызывают у него бурный протест; вынужденный простой сопровождается чувством скуки и опустошенности. Ребенок запускает учебу, начинает пропадать у знакомых, имеющих компьютер, невзирая на растущее недовольство хозяев и запрет собственных родителей. В Англии правительство вынуждено было установить контроль за потребителями сотовой связи, не достигшими 18 лет. Теперь интерактивный доступ через мобильный телефон к онлайн-казино и порнографическим открыткам защищен так называемым кодом «18».

По данным опроса американских адвокатов, за последние 30 лет компьютер стал самой большой угрозой брачным узам. Игнорируя супружеское ложе, жены ночами переписываются по электронной почте, а молодые мужья проводят их в мире виртуальных игр или на порносайтах. Компьютер все чаще оказывается наперсником адюльтера – в 68 % случаев развода из-за компьютера неверные супруги нашли любовника благодаря Интернету. У аутичных, шизоидных личностей уход от реального мира в виртуальный происходит особенно легко. Можно предположить провоцирующую роль компьютерной зависимости в развитии шизофрении.

Для диагностики Интернет-зависимости используется опросник Кимберли Янг (по материалам сети Интернет).

1. Вы используете Интернет, чтобы уйти от проблем или избавиться от плохого настроения.
2. Вы не можете контролировать использование Интернета.

3. Вы чувствуете необходимость находиться в Интернете все дольше и дольше для того, чтобы достичь удовлетворения.

4. Каждый раз вы проводите в Интернете больше времени, чем планировали.

5. После излишней траты денег на оплату соединения вы на следующий день начинаете все сначала.

6. Вы обманываете членов семьи и друзей, скрывая, сколько времени вы проводите в Интернете и степень вашей увлеченности им.

7. Вы чувствуете беспокойство или раздражение, когда вас отрывают от Интернета.

8. Вы думаете об Интернете, когда находитесь вне сети.

9. Находясь вне сети, вы испытываете подавленность или беспокойство.

10. Вы рискуете лишиться важных взаимоотношений, потерять место работы или учебы из-за Интернета.

Если вы честно ответили «да» более чем на 4 вопроса и ваше увлечение длится более года, вам необходима психологическая помощь.

Более подробный тест Интернет-зависимости приводит С.А. Кулаков (2004).

Ответы даются по 5-балльной шкале: 1 – очень редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – очень часто, 5 – всегда.

1. Как часто вы обнаруживаете, что задержались в сети дольше, чем задумывали?

2. Как часто вы забрасываете свои домашние обязанности для того, чтобы провести больше времени в сети?

3. Как часто вы предпочитаете развлечения Интернета близости с вашим партнером?

4. Как часто вы строите новые отношения с друзьями по сети?

5. Как часто ваши знакомые жалуются по поводу количества времени, которое вы проводите в сети?

6. Как часто от времени, проведенного в сети, страдает ваше образование и работа?

7. Как часто вы проверяете свою электронную почту, прежде чем заняться чем-то другим?

8. Как часто страдает ваша эффективность или продуктивность в работе из-за использования вами Интернета?

9. Как часто вы сопротивляетесь и секретничаете, когда вас спрашивают о том, что вы делали в сети?

10. Как часто вы отодвигаете на второй план неприятные мысли о своей жизни, заменяя их успокаивающими мыслями об Интернете?

11. Как часто вы обнаруживаете у себя предвкушение следующего выхода в сеть?

12. Как часто вы боитесь, что жизнь без Интернета станет скучной, пустой и безынтересной?

13. Как часто вы огрызаетесь, кричите или действуете раздраженно, если что-то беспокоит вас, когда вы находитесь в сети?

14. Как часто вы теряете сон из-за поздних ночных сеансов в сети?

15. Как часто вы чувствуете, что поглощены Интернетом, когда не находитесь в сети, или воображаете, что вы там?

16. Как часто вы замечаете свои слова «еще пару минут...», когда находитесь в сети?

17. Как часто вы пытаетесь урезать свое время пребывания в сети и терпите неудачу?

18. Как часто вы пытаетесь скрыть количество времени, проведенного вами в сети?

19. Как часто вы выбираете провести больше времени в сети вместо того, чтобы встретиться с людьми?

20. Как часто вы чувствуете подавленность, плохое настроение, нервничаете, когда вы не в сети, что вскоре исчезает, стоит вам выйти в Интернет снова?

При сумме баллов 50–79 стоит учитывать серьезное влияние сети на вашу жизнь. Если сумма баллов 80 и выше, вам необходима помощь психолога.

Автор разработал также тест на детскую Интернет-зависимость.

Ответы даются по 5-балльной шкале: 1 – очень редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – очень часто, 5 – всегда.

1. Как часто ваш ребенок нарушает временные рамки, установленные вами для пользования сетью?

2. Как часто ваш ребенок запускает свои обязанности по дому для того, чтобы провести больше времени в сети?

3. Как часто ваш ребенок предпочитает проводить время в сети вместо того, чтобы провести его в кругу семьи?

4. Как часто ваш ребенок формирует новые отношения со своими друзьями по сети?

5. Как часто вы жалуетесь на количество времени, проводимое вашим ребенком в сети?

6. Как часто учеба вашего ребенка страдает из-за количества времени, проводимого им в сети?

7. Как часто ваш ребенок проверяет свою электронную почту, прежде чем делать что-либо еще?

8. Как часто ваш ребенок предпочитает общение в сети общению с окружающими?

9. Как часто ваш ребенок сопротивляется или секретничает при вопросе о том, что он делает в Интернете?

10. Как часто вы заставляли своего ребенка пробравшимся в сеть против вашей воли?

11. Как часто ваш ребенок проводит время в своей комнате, играя за компьютером?

12. Как часто ваш ребенок получает странные звонки от его новых сетевых «друзей»?

13. Как часто ваш ребенок огрызается, кричит или действует раздраженно, если его побеспокоили во время пребывания в сети?

14. Как часто ваш ребенок выглядит более уставшим и утомленным, чем в то время, когда у вас еще не было Интернета?

15. Как часто ваш ребенок выглядит погруженным в мысли о возвращении в сеть, когда он находится вне сети?

16. Как часто ваш ребенок ругается и гневается, когда вы сердитесь по поводу времени, проведенного им в сети?

17. Как часто ваш ребенок предпочитает своим прежним любимым занятиям, хобби, интересам других нахождение в сети?

18. Как часто ваш ребенок злится или становится агрессивным, когда вы накладываете ограничения на время, которое он проводит в сети?

19. Как часто ваш ребенок предпочитает вместо прогулок с друзьями проводить время в сети?

20. Как часто ваш ребенок чувствует подавленность, упадок настроения, нервничает, когда находится вне сети, а по возвращении в сеть все это исчезает?

При сумме баллов 50–79 родителям необходимо учитывать влияние Интернета на жизнь своего ребенка и всей семьи. Если сумма баллов 80 и выше, необходима помощь психолога или психотерапевта.

☺ – Компьютер – друг человека!

– Скажи мне, кто твой друг, и я скажу, кто ты.

Происхождение игромании

У азартного игрока обнаруживается вера в три мифа: 1) его ждет огромный выигрыш; 2) неудачниками становятся другие и 3) после выигрыша наступит райская жизнь, это обещают приметы и приближают магические ритуалы. У многих из них в роду можно выявить азартных игроков, а в детстве – безуспешные попытки умиловить суровую маму.

Часто азартным игроком был родитель больного того же пола. У него, как впоследствии и у больного, можно обнаружить алкоголизм или проявления какой-либо другой аддикции. В родительской семье возможна фетишизация денег и/или небрежное отношение к ним. В детстве больному не хватало чуткого отношения родителей или он рано потерял одного из них.

Будущие пациенты с детства отличаются экстравертированностью, фантазиями о своем превосходстве и везении, неспособностью к стойкому волевому усилию. Их не интересует учеба, выполнять какие-либо обязанности по дому для них унизительно. Для больных мужского пола в подростковом возрасте характерен выраженный эмансипационный конфликт с родителями, а в дальнейшем – оппозиционный настрой по отношению к авторитетным фигурам. Потенциальных сексуальных партнеров больные отвергают как недостойных. Женщины часто имеют выпивающего мужа, склонного к отлучкам из дома. Таким образом, игроку скучно и в школе, и в вузе, и на работе, и в компании – если только это не компания «товарищей по несчастью», «убивающая время» за какой-нибудь азартной игрой. Игрок исповедует философию погони, без конца пытаясь отыграть то, что было проиграно. При этом он убежден, что игра, создавшая его проблемы, является единственным способом их решения.

Выделяют следующие когнитивные ошибки игроков: «Я могу магическим образом влиять на случай», «Игровой автомат похож на меня», «Я проиграл из-за своей невнимательности», «Я обязательно выиграю в следующий раз», «Это ужасно, если я не выиграю», «Я ничто, если не играю и не выигрываю», «Я не могу существовать, если я не играю».

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) делят когнитивные ошибки игроков на стратегические и тактические.

Стратегические ошибки создают у пациента иллюзию, что он руководит своими поступками и ходом игры, что контроль достигается участием в игре и достаточной сосре-

доточенностью на ней. К этим ошибкам относятся следующие иррациональные установки: 1) «деньги и работа решают все, в том числе и проблемы эмоций и отношений с людьми»; 2) неуверенность в настоящем и ожидание успеха вследствие выигрыша, представление о возможности уничтожить жизненные неудачи успешной игрой; 3) замещение фантазий о контроле над собственной судьбой фантазиями о выигрыше.

Тактические ошибки служат самооправданию пациента, приступающего к игре, когда он говорит себе: «Мне нужны деньги, и я придумал, как обмануть автомат»; «Я могу сыграть как обычный человек и остановлюсь, если начну проигрывать». Типичные тактические ошибки мышления таковы: 1) «в игре обязательно наступит переломный момент»; 2) «возможно вернуть долг только с помощью игры, т. е. отыграть»; 3) «смогу играть только на часть денег»; 4) вера в «выигрышный», «фартовый» день; 5) эмоциональная связь только с последним игровым эпизодом при даче самому себе слова «никогда не играть»; 6) во время игры восприятие денег как фишек или цифр на дисплее; 7) представление о ставках как о сделках.

Когда реальность отвлекает компьютерного аддикта от удовлетворения его страсти, у него снижается настроение, он переживает внутренний конфликт между этой страстью и сохраняющимся пониманием практической бесполезности своего времяпровождения. Играя в компьютерные игры и побеждая своих виртуальных врагов, аддикт ослабляет свою ситуационную тревогу, связанную с реальными конфликтами. Однако если у него изначально присутствует личностная тревожность, она со временем усиливается, так как постоянное пребывание аддикта в виртуальном мире увеличивает его дезадаптацию к реальной действительности. Кроме того, «стрелялки» усиливают враждебный настрой аддикта, делая его конфликтным и неуживчивым.

Психодинамика. В психодинамике расстройства преобладают защиты, присущие ананкастной личности: уничтожение сделанного, фантазии о всемогуществе и полном контроле, реактивное образование, а также типичные аддиктивные защиты: отрицание, вытеснение, регрессия. Фрейд отмечал сходство азартной игры с навязчивой мастурбацией – такая же непреодолимость искушения, всепоглощающее удовольствие, приводящее к настоящему параличу воли, и измененное состояние сознания. Игроки чрезвычайно суеверны, пользуются всевозможными ритуалами и заклинаниями в надежде на удачу. Мотивацию гемблинга можно свести к игре «Любит – не любит» с Матерью-судьбой. Постоянное возвращение к игре обусловлено инфантильными фантазиями о всемогуществе, неограниченном удовлетворении желаний, а также протестом против реальной действительности, не подчиняющейся воле больного. При этом игрок, в силу своей неуверенности и зависимости, возлагает ответственность за проигрыш на фортуны. Проигрыш вызывает обиду на «судьбу-злодейку» и провоцирует новую попытку.

Азартный игрок стоит перед дилеммой: выигрыш желателен, поскольку он реализует детское стремление к всемогуществу и является символическим одобрением инцестуозных влечений, однако проигрыш также желателен, поскольку он обеспечивает наказание за запрещенные инцестуозные действия и таким образом устраняет чувство вины. Поскольку выигрыши вызывают нестерпимое чувство вины, а проигрыши доказывают недостаточное всемогущество, игрок попадает в порочный круг.

Болезненней всего игрок переживает не проигрыш, а невозможность продолжать игру. В процессе игры игрок предвкушает свой триумф и одновременно ощущает риск, эта смесь эйфории и страха служит ему наркотиком. Вследствие *привыкания* становится необходимой игра «по крупному», в которой игрок рискует всем, вплоть до жизни. Для облегчения переживания страха смерти мозг выделяет внутренний наркотик эндорфин. Чтобы подстегнуть этот механизм, все чаще используется саморазрушительное поведение.

Винникотт дает глубокий анализ азартной детской игры, который помогает лучше понять поведение взрослых аддиктов.

1. Чтобы понять идею игры, полезно задуматься об *увлеченности*, которая свойственна игре маленьких детей. Содержание не имеет значения. Важно состояние, близкое к уходу в себя, похожее на сосредоточение у старших детей или взрослых. Играющий ребенок осваивает и обживает пространство, которое ему нелегко будет оставить и так же сложно будет впустить туда кого-то другого.

2. Это игровое пространство не относится к внутренней, психической реальности. Оно вне индивида, но также и не является внешним миром.

3. В этом игровом пространстве ребенок собирает объекты или явления из внешнего мира, чтобы применить их в обращении с элементами, извлеченными из своего внутреннего мира. Ребенок извлекает некий набор воображаемых возможностей, и это не галлюцинация: он живет с этими мечтами, окружая их некоторыми элементами внешнего мира.

4. В игре ребенок манипулирует внешними явлениями для обслуживания своей мечты и вносит в выбранные внешние явления чувства и смыслы из своего воображаемого мира.

5. Развитие идет непосредственно от феномена перехода к игре, затем к совместной (разделенной между индивидами) игре и далее к переживаниям, связанным с культурой.

6. Игра предполагает доверие и лежит в потенциальном промежутке между младенцем и материнской фигурой (как это бывает с самого начала), от которой ребенок зависит практически абсолютно, материнской фигурой, доказавшей ребенку адаптивность своего функционирования.

7. Игра вовлекает тело:

а) поскольку происходит манипулирование объектами;

б) из-за того, что определенные типы усиленного внимания и заинтересованности связаны с определенным телесным возбуждением.

8. Телесное возбуждение в эrogenных областях всегда угрожает игре, а следовательно, является угрозой чувству ребенка, что он существует как личность. Инстинктивные влечения – главная угроза для игры, как и для Я ребенка.

9. Элементы игры, доставляющие удовольствие, одновременно характеризуются тем, что инстинктивное возбуждение не достигает своего пика; возбуждение, поднявшееся выше определенного уровня, должно вести к: а) оргазму; б) несостоявшемуся оргазму, замешательству и физическому дискомфорту, от которого можно избавиться лишь по истечении определенного времени; в) альтернативному оргазму (провоцирование реакций окружающих – гнева родителей и т. п.). Можно сказать, что у игры есть свой уровень насыщения, зависящий от способности удерживать и овладевать опытом.

10. Игра по своему существу – волнующее и рискованное дело. Эта характеристика вытекает не из инстинктивного возбуждения, а из шаткости и непостоянства субъективного (близкого к галлюцинации) и объективно воспринимаемого (актуального, разделенного между людьми) в голове ребенка»

(Винникотт, 2002, с. 95–98)

© В неразвитых обществах наибольшие страсти вызывают власть, деньги и женщины; в развитых – деньги, власть и кроссворды.

Максим Звонарев

Психотерапия патологических игроков

В качестве профилактической меры могут служить рекомендации Калифорнийского совета по проблеме игровой зависимости.

1. Решите заранее, сколько времени и денег вы выделяете на азартную игру.
2. Играйте, осознавая, что вы скорее проиграете, чем выиграете, поэтому играйте на такую сумму, которую вы можете позволить себе потерять.
3. Принимайте обдуманные решения по поводу вашей игры – учитывайте случайности.
4. Расценивайте азартную игру как развлечение, а не как источник дохода.
5. Если вам достался хороший выигрыш – радуйтесь! Но напомните себе, что, вероятно, это больше никогда не повторится.
6. Не играйте в азартные игры, когда вы устали, вам скучно, вы взволнованы или сердиты.
7. Регулярно записывайте, сколько времени и денег вы потратили на азартную игру.
8. Воспринимайте вашу семью и друзей серьезно. Если они обеспокоены вашей игрой, они, возможно, видят что-то, чего вы не замечаете.
9. Играйте только на собственные деньги. Не одалживайте.
10. Осознайте, что в большинстве видов азартных игр вы не имеете влияния на ход игры, – результат случаен.
11. Во время игры прерывайтесь: пройдите, поешьте, выйдите на улицу, чтобы голова прояснилась.
12. Сохраняйте ясность мышления во время игры – ограничивайте потребление алкоголя.
13. Уравновешивайте азартную игру другими видами отдыха.
14. Идите играть вместе с тем, у кого нет проблем с азартными играми.
15. Не усугубляйте положение – не пытайтесь отыграть проигрыши.
16. Когда идете играть, не берите с собой кредитные и банковские карточки.
17. Установите себе лимит времени на игру.
18. Принимайте собственные решения по поводу азартных игр – не играйте из-за того, что другие так хотят.
19. Не используйте азартную игру как способ избежать негативных чувств или ситуаций.
20. Если вы озабочены своим пристрастием к азартной игре, поговорите с тем, кому вы доверяете.

Для изоляции игроголика от привычного окружения целесообразна госпитализация на 2–3 месяца, во время которой для купирования сопутствующего депрессивного синдрома обычно применяется литий, а также начинается психодинамическая терапия. Используется также имажинативная (лат. *imago* – образ) десенситизация, когда больной представляет себя способным воздержаться от игры в различных, все более провоцирующих ситуациях. Пациенту также дают парадоксальное предписание играть в соответствии со строгим режимом, разработанным терапевтом. Эффективна групповая психотерапия, направленная на работу с образами и эмоциями, а также с проблемами общения, поскольку аддикты обычно испытывают значительные затруднения в этих сферах. Эффективным является участие в группе взаимопомощи «Анонимные Игроки», работающей по принципу «Анонимных Алкоголиков». Используются публичные признания, групповое давление и пример бывших пациентов, бросивших игру.

Лечение начинается с 2–3-недельного курса индивидуальной поддерживающей терапии, направленной на преодоление фазы разочарования. Затем с пациентом и его семьей заключают контракт, согласно которому он обязуется сделать все возможное для избежания срыва. Проводится групповая терапия, фокусированная на коррекции манипулятивного поведения и выработке мотивации к участию в сообществе «Анонимных игроков», с помощью которого пациент решает свои финансовые и семейные проблемы.

В работе с патологическими игроками учитывают следующие терапевтические мишени. 1. Навязчивые мысли об игре, влечение к атмосфере игры. При неудовлетворении этих влечений возникает чувство дискомфорта, внутреннего напряжения. 2. Перевод с помощью игры субдепрессии в радость или злость на себя или ситуацию, чтобы оживить себя в ситуации риска, разрядиться, получить причину плохого настроения: не везет в игре. 3. Сверхценная идея быстрого и легкого обогащения. 4. Реализация фактора веры, надежды на выигрыш. 5. Авторитетная группа, разделяющая взгляды на риск, надежду и мифы о выигрыше. 6. Перенос значимой жизнедеятельности в атмосферу игры, неопределенности исхода, риска, с появлением чувства насыщенности и значимости бытия (Онг, 2002).

А. Щербakov с соавторами (2003) описывают четыре этапа психодраматерапии гемблинга. 1. Создание личного мифа о собственном болезненном состоянии, с обозначением Провокатора и Судьбы. 2. Работа с генограммой: интрапсихическое дистанцирование от семейного наследия. 3. Разыгрывание истории о собственном Большом марафоне. 4. Проработка раннего детского опыта и сегодняшних проблем.

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) разработали поэтапную программу терапии гемблинга. *Диагностический* этап включает постановку диагноза, определение стадии игровой зависимости, выяснение индивидуальных особенностей фаз игрового цикла. *Психообразовательный* этап посвящен осознанию пациентом невозможности вернуть свое первоначальное отношение к игре и необходимости полного отказа от игры. Пациенту рассказывают о причинах и симптомах заболевания, его течении и методах лечения, типичных ситуациях, провоцирующих срыв, а также о вариантах отношений с окружающими при отказе от игры. Пациенту предлагают живо вообразить свою жизнь, в которой никогда не будет игры. При этом его желание играть резко усиливается, он осознает, насколько трудно и сколь необходимо контролировать его.

Этап *создания стратегий контроля над импульсом к игре* направлен на понимание пациентом того, что: 1) с момента игрового срыва он не в состоянии проконтролировать свое поведение; 2) отсутствие осознаваемого желания играть не означает способности контролировать игровой импульс. Пациент обучается осознавать и различать постоянное желание играть и резкое ситуационное усиление игрового импульса под воздействием внешних обстоятельств. Контроль за игровым поведением достигается путем выработки у пациента способности замечать признаки надвигающегося срыва: усиление фантазий об игре, нарастание эмоционального напряжения, появление уверенности в выздоровлении.

Регуляция состояний транса достигается благодаря достижению пациентом понимания того, каким образом он вводит себя в состояние транса после принятия решения играть и как он может контролировать этот процесс. *Работа над ошибками мышления* заключается в выявлении иррациональных установок, связанных с игрой, анализе мотивов поведения, касающихся игры и ее последствий. Этап *планирования* состоит в составлении программы ближайших жизненных задач: выплата долгов, восстановление финансового благополучия, нормализация рабочих отношений. Для профилактики срыва важно обсудить причины прежних срывов и выработать мотивацию к постановке задачи контроля игрового поведения и шире – овладения навыками эмоциональной саморегуляции.

Пример

Молодого человека привела на консультацию сожительница. Родители – трудоголики, разведены; мать всегда тревожно контролировала и чрезмерно опекала сына, часто упрекала его за сходство с отцом. В детстве дети неохотно играли с мальчиком из-за его экземы, и он «подкупал» их старинными серебряными монетами, которые крал дома. В восьмом классе оставил учебу, время проводил в компании наркоманов, употреблял гашиш, был наперсточником. Получил освобождение от службы в армии в связи с

экземой кистей, в то же время освоил профессию ювелира, предполагающую работу с вредными химикатами. Выполняя очередной заказ, трудился сутками без сна, пока не был удовлетворен своей работой. Несмотря на хороший заработок, жил на иждивении матери-пенсионерки, а затем сожительницы, так как полученные деньги сразу же проигрывал на игровых автоматах. Использовал для игры авансы, полученные от заказчиков, занял большую сумму денег у сожительницы. Перед игрой впадал в транс, «ноги сами несли к автомату». После проигрыша им овладевали фантазии о том, как он отыграется в следующий раз. Сожительница настояла, чтобы он отдавал деньги ей, и тогда он начал утаивать от нее часть заработка. Пил много пива и курил, периодически употреблял гашиш. Снизилось либидо, начал коллекционировать порножурналы, пользоваться услугами «Секса по телефону». Из-за постоянных опозданий и прогулов потерял работу. После конфликта с сожительницей переехал жить к бабушке, которая вскоре умерла, оставив внуку завещание, как распределить ее сбережения среди родственников. Перед смертью бабушки, когда она впала в забытие, пациент впал в состояние транса и пришел в себя только после того, как проиграл все деньги бабушки в автомате. Во время игры им владела фантазия, что теперь он богаче и сильнее автомата, отыграет все, что проиграл раньше и расплатится с долгами, а бабушкины деньги раздаст в соответствии с ее волей.

После проигрыша почувствовал себя опустошенным, как будто жизнь уже кончена. Напился, «чтобы или хоть что-нибудь почувствовать, или стать совсем бесчувственным». Потом казалось, что пачки бабушкиных денег существовали лишь в его воображении. Родственникам представил виновным в пропаже денег своего дядю, который навещал бабушку перед ее смертью. В результате у дяди произошел инфаркт миокарда. Признался в своем поступке сожительнице, которая приняла его к себе с условием, что он начнет лечение.

В последующих индивидуальных беседах пациент рассказал о своем ощущении, что в нем живет «плохой человек», который сильнее «хорошего». Его девушка пытается подавлять «плохого человека», но это вызывает обратный эффект. Психотерапия была направлена на ликвидацию чувства неполноценности, связанного с экземой, гармонизацию интимно-личных отношений, переориентацию на социальные достижения. Девушке пациента было рекомендовано поддерживать в нем «хорошего человека». В течение двух лет проводилась индивидуальная и супружеская терапия, ассертивный тренинг, поддерживающая терапия. Был установлен ассоциативный ряд: хорошее отношение компании сверстников за серебряные монеты, украденные у вечно занятых родителей – долгий звон сыплющихся из чрева бесчувственного автомата выигранных монет – красивое украшение, сделанное своими руками из неподатливого серебра. Прекратил играть и употреблять гашиш, оформил брак с сожительницей, которая забеременела, начал копить деньги для улучшения жилищных условий, сдал экзамены за 10-й класс, поступил в художественное училище.

☺ Карточный шулер попал на операционный стол. Ассистенты наложили маску с хлороформом, хирург попросил считать до ста. Шулер считает: «1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, валет, дама, король, туз...».

Патологическое воровство (F63.2)

*Можно ли в России искоренить воровство?
Мы уже на пороге этого. Еще чуть-чуть, и воровать будет
нечего.
Анатолий Трушкин*

Патологическое воровство, или клептомания (греч. klepto – красть), распространено в основном среди женщин, часто сочетается с пищевой зависимостью, пироманией, неврозами и депрессией. Диагноз ставится при соответствии следующим критериям: 1) не менее двух случаев воровства без мотивов обогатить себя или кого-то другого; 2) внутренний импульс украсть интенсивен, сопровождается напряжением перед эпизодом и облегчением после него.

Больной испытывает непреодолимый соблазн украсть, несмотря на наличие денег, не очень нужный ему предмет, ощущает облегчение лишь после кражи. Затем испытывает чувство тревоги, вины, нередко тайно или с извинениями возвращает похищенное. Пациент может усиливать ощущение волнующего страха, повторно похищая те же самые вещи в том же магазине. Целью кражи является не сама вещь, а процесс похищения, во время которого больной испытывает интенсивные эмоции. Обычно кража совершается импульсивно, без подготовки и не всегда с учетом ситуации и последствий. Сообщники никогда не задействуются. Субъективное страдание по поводу расстройства обычно отсутствует, больные крайне редко обращаются за помощью.

Описан игровой тип воров-мужчин, у которых ценность добычи отступает на второй план, ими руководит жажда острых ощущений, азарт рискованной игры с опасностью, стремление почувствовать себя хитрее, ловчее, смелее противника (Антонян, 2003). В наш век сплошной компьютеризации и Интернета появились хакеры – электронные взломщики, среди которых наверняка немало клептоманов. Между прочим, по данным Интерпола, 80 % хакеров проживает в Москве.

Расстройство начинается в детстве. Определенное значение имеет органическая неполноценность мозга, задержка умственного развития, дефекты воспитания. Мать пациентки часто высокоморальная, строгая и неласковая. Расстройство может сочетаться с другими аддикциями: пироманией, булимией и анорексией, а также с неврозами и депрессией. Иницируется стрессами и фрустрациями. Обычно это тяжелая безвыходная семейная ситуация, ситуационно обусловленная депрессия, физическое и психологическое переутомление, замена секса в неудовлетворительном браке, желание уязвить брачного партнера.

Психодинамика. Могут присутствовать следующие мотивации: гиперкомпенсация нанесенного морального ущерба, гиперкомпенсация сниженной самооценки (в том числе из-за самообвинений в воровстве), символическое самонаказание подверганием себя опасности, способ обратить на себя внимание, получить наказание и заслужить прощение, символическая замена отсутствующего пениса и оргазма, самоуничтожающий побег из жизненной ситуации.

Анна Фрейд связывала воровство с анальным характером, обладателям которого свойственно собирать и копить. Она считала, что первое воровство из кошелька матери указывает на степень, до которой эта тенденция укоренилась на начальной стадии единения матери и ребенка.

Винникотт описал кражи у детей как примитивный любовный импульс, слишком мощный, безудержный и таинственный для того, чтобы ребенок мог его отрицать и вытеснять. Он крадет у матери вещи, приобретая таким образом ее соблазнительную сущность. Домашние кражи могут быть средством получить недостающее внимание, компенсировать его

недостаток, наказывать родителей. Усвоенные пациентом ригидные нормы строгой матери вступают во внутриличностный конфликт с сильными импульсами, которые пациент во время кражи переносит на похищаемые предметы. Таким образом он избегает конфликта с матерью и обретает способность управлять своими любовными импульсами. Фенихель определил kleptomaniю как

«присвоение вещей, которые дают силу одолеть вымышленную опасность. Это особенно явно, если под опасностью подразумевается утрата, затрагивающая самолюбие или вожделение. Неписанный закон kleptomании гласит: “Если ты мне этого не даешь, я добуду себе это сам”»
(Фенихель, 2004, с. 483).

С помощью кражи символически «добывается» молоко, кал, фаллос отца.

В лечении используются аверсивные методы и систематическая десенситизация, снижающая уровень напряжения, побуждающего к краже, а также восстановление нарушенных социальных связей и семейная терапия. Мотивированным больным с переживаниями вины и другими тревожно-депрессивными проявлениями показана динамическая психотерапия.

☺ – Ну как, помогают вашей жене мои рекомендации по поводу kleptomании?

– Да, уже лучше. Теперь она приносит вещи, которые можно использовать в доме.

Сверхценные увлечения

Сверхценное увлечение отличается от обычного тем, что оно является усиленным до гротеска отношением к объекту или виду деятельности, которое характеризуется глубокой и длительной сосредоточенностью на объекте увлечения; пристрастным, эмоционально насыщенным отношением к объекту увлечения; утратой контроля за временем, затрачиваемым на увлечение; игнорированием любой иной деятельности или увлечения (Менделевич, 2001, 2003).

К аддикциям относят такие сверхценные увлечения, как аддикция к накоплению или трате денег, аддикция к власти, фанатизм, трудоголизм, ургентная аддикция (стремление к жизни в условиях цейтнота). Широко распространенными являются также такие аддикции, как аддикция оздоровления или физических нагрузок, рискованные виды спорта, лихачество на дорогах, задиристое поведение, бегство от «рутины» в виде дальних путешествий, частой смены работы, места жительства и т. д.

Аддикция к деньгам

*Приобретение денег требует доблести;
сохранение денег требует рассудительности;
трата же требует искусства.*

Бертольд Ауэрбах

Аддикция к деньгам известна так же, как синдром Плюшкина, вещизм, патологическое накопительство. Обратной стороной сверхценного отношения к деньгам является мотовство или расточительство. Переходным вариантом служит тратоголизм (шопоголизм, ониомания) – неудержимая страсть к бессмысленным множественным покупкам, наблюдающаяся в основном у жен пьющих «новых русских».

А.И. Белкин (1999) описывает аддикцию к деньгам следующим образом. Тема денег целиком занимает все помыслы человека, его интересы, контакты, фантазии и сновидения. Один только вид денег, хруст и шелест купюр, их специфический запах вызывают острое возбуждение, человеку требуется то и дело пересчитывать их. Ему страшно расставаться с деньгами, он постоянно жалуется на их нехватку. И вдруг – маниакальный приступ расточительства «сумасшедших денег», вплоть до разорения. Во время накопления денег либидо сублимируется, сексуальное влечение резко снижается. В фазе расточительства наблюдаются оргии, кутежи, азартные игры, наркотизация.

Сравнивая безумие, охватившее участников финансовых пирамид 90-х годов с другими аддикциями, В.Ю. Завьялов (2003) приводит следующую таблицу.

Алкоголизм, наркомания, курение, переедание	Финансовая пирамида
Соблазнение кайфом, даровая радость	Соблазнение доходом, халява
Добровольный взнос (потребление)	Покупка места в пирамиде
Эйфория опьянения	Эйфория от первых выплат процента
Абстиненция, дисфория	Замораживание денег в пирамиде
Самособлазнение новым кайфом	Самособлазнение новым доходом
Вынужденное новое потребление	Втягивание в пирамиду других людей
Уменьшенная эйфория от опьянения	Уменьшенная эйфория от доходов, полученных за счет «новобранцев»
Тяжелая абстиненция	Потеря денег
Потребность в большей дозе	Потребность в большем количестве участников

Лев Толстой писал: «...деньги и то, что я имею их, есть одна из самых главных причин тех зол, которые я видел перед собой; и я спросил себя: что такое деньги?» По Марксу, «деньги есть цель и существование отчужденного от себя человека: он преклоняется перед этим идолом и подчиняется ему». Зигмунд Фрейд признавался: «Мое настроение также очень сильно зависит от моих заработков. Деньги для меня – это веселящий газ». Широко известна концепция Фрейда о связи влечения к деньгам с анальной эротикой: контроль за удержанием кала, приятная стимуляция ануса калом при дефекации могут зафиксироваться и привести к формированию анального характера (ананкастной личности).

Марина Цветаева в стихотворении «Хвала богатым» жалеет богатых:

За их корень, гнилой и шаткий,
С колыбели растящий рану,
За растерянную повадку
Из кармана и вновь к карману...

А еще, несмотря на бритость,
Сытость, питость (моргну – и трачу!),
За какую-то – вдруг – побитость,
За какой-то их взгляд собачий

Сомневающийся...
– не стержень
ли к нулям? Не шалят ли гири?
И за то, что меж всех отверженств
Нет – такого сиротства в мире!

Психодинамика синдрома выглядит следующим образом. В фазе накопления нарциссическая «дыра» «затыкается» магической игрушкой. В фазе расточительства нарциссическая личность пугается «затычки» и пытается доказать свою власть над ней. Однако после опорожнения с кратковременной иллюзией всемогущества изначальный страх пустоты восстанавливается. А.И. Белкин (1999) считает, что деньги могут воплощать силу и власть, заменяя тем самым Суперэго. Не зря больные в поисках самоизлечения начинают увлекаться религией, эзотерикой, парапсихологией.

В терапевтической ситуации сверхценное отношение к деньгам может проявляться в форме попыток клиента избежать оговоренной оплаты, а также тенденций терапевта идти ему в этом навстречу (Калмыкова, 2001). В этих случаях четкое соблюдение сеттинга особенно важно. Однако еще важнее, разумеется, найти и «отзеркалить» клиенту признаки имеющегося у него реального или хотя бы потенциального внутреннего богатства, которое невозможно растратить, так как при пользовании им оно лишь возрастает.

Пример

Аспирант-психолог несколько лет жил в долг, хотя хорошо зарабатывал; воровал деньги у друзей и матери, норовил напиться «на халяву» и затем провоцировал драку, «чтобы не оставаться в долгу». Занимаясь парашютным спортом, он каждый прыжок превращал в «русскую рулетку», небрежно укладывая парашют. Был склонен к промискуитету и навязчивой мастурбации. Запустил работу над диссертацией, вступил в конфликт с научной руководительницей, своей требовательностью напоминаяшей ему мать, хотя в свое время он сам выбрал ее.

Его дед, бывший летчик—герой войны отличался азартностью и сексуальными излишествами; родители-ученые были трудоголиками, но мало получали; завидовали более обеспеченным людям и в то же время критиковали их за приспособленчество. Мать развелась с отцом, когда пациент был ребенком, и воспитывала его в духе повышенной моральной ответственности. Когда в процессе индивидуальной и групповой динамической психотерапии пациент осознал и проработал свой вытесненный негативизм по отношению к матери, он перестал играть своей жизнью. Оставил парашютный спорт, защитил кандидатскую диссертацию по психологии рекламы, расплатился с долгами. Женился на коллеге-иностранке (на несколько лет старше его); в настоящее время живет и успешно работает в США. Отношения с матерью стали более независимыми, открытыми и искренними.

☺ Мы рождаемся бесстрашными, доверчивыми и жадными, и большинство из нас остаются жадными.

Миньон Маклофлин

Аддикция к власти

Слава – самое сильное возбуждающее средство.

Грэм Грин

Идеологические авантюристы выискивают для себя эффектные, масштабные мероприятия и проекты, чтобы затем погрузиться в них с головой. Они активно участвуют в общественной жизни, которая наполняет смыслом их безрадостное существование. В современной России такие личности нередко становятся влиятельными политиками.

На первых этапах развития аддикции наибольшее значение имеют эмоции, связанные с самовыражением, признанием, у политиков – азарт политической игры с избирателями и борьбы с противниками. Кредо Маркса было: «Жизнь – это борьба». Рядом болели и умирали его дети, семья жила на деньги фабриканта Энгельса, а Маркс грезил призраком коммунизма. Ленин в своем гневе против политических врагов доходил до припадков бешенства – «впадал в раж», по словам Крупской. Вот свидетельство такого же поведения бесноватого фюрера: «Внезапно он остановился посреди комнаты. Его голос зазвучал как-то сда-

вленно, и все происходившее создавало впечатление чего-то ненормального. Одну за другой он выпаливал прерывистые фразы: “Началась война, и я буду строить подводные лодки, подводные лодки, подводные лодки...” Его голос становился все тише, и вскоре невозможно было понять, что он говорит. Внезапно он встряхнулся и закричал, как будто обращался к большой аудитории: “Я буду строить самолеты, строить самолеты, самолеты, самолеты, и я уничтожу моих врагов”».

Его секретарша вспоминает, что во время диктовки своих речей Гитлер часто впадал в транс, забывая потом даже забрать заметки. «Как только он упоминал в речи о большевизме, его охватывало возбуждение. Он начинал говорить прерывистым голосом, захлебываясь словами. В таких ситуациях его голос достигал высших точек громкости, и он сильно жестикулировал руками. Краска бросалась ему в лицо, глаза сверкали гневом. Он замирал на месте, как будто прямо перед ним стоял его враг. Во время этих диктовок у меня учащался пульс, начиналось сильное сердцебиение, поскольку мне передавалось возбуждение Гитлера». Гитлер не мог нормально любить женщин. Еще 5 марта 1925 г. он поместил в газете опровержение: «Лейпцигское бюро новостей распространило сообщение о моей мнимой помолвке. Я решительно заявляю, что уже женат на политике и посему не могу обручиться с кем-либо еще. Адольф Гитлер».

Речи Гитлера обычно длились более часа, во время выступлений он заводился так, что терял 2–3 кг веса, вся его одежда становилась мокрой от пота. Наконец он, вместе с публикой, доходил до оргазма. Современники вспоминают: «Все мычали и готовы были идти на убой. Женщины, не знавшие до этого мужчин, впервые испытали удовлетворение. Это был настоящий оргазм». После этого массового извращенного изнасилования служителям приходилось отмывать сиденья в передних рядах от следов мочи и жидкого кала. Во время парадов Гитлер мог часами стоять неподвижно с поднятой в нацистском приветствии рукой, символизирующей фаллос, что должно было компенсировать его импотенцию. Самая частая поза Гитлера – со скрещенными на гениталиях руками, видимо, из страха кастрации.

Гитлер был политическим игроком, но осталось свидетельство того, как молодой Адольф пережил проигрыш в лотерее. «В течение недели до розыгрыша он только и говорил о большой квартире, которую он снимет на втором этаже дома на набережной Дуная, выбирал мебель, штофные обои и продумывал декор. Удивленный Август слушал, как будущий фюрер планировал полностью посвятить жизнь искусству в доме, где домоправительницей будет пожилая, немного седая, но очень аристократическая дама, которая сможет превратить его жилище в место праздничных приемов для избранного круга близких друзей. Однако Гитлер не просто верил, что он должен выиграть, он пришел в бешенство, когда билет оказался пустым. Причем он рассматривал проигрыш не просто как ошибку в теории вероятности, но считал себя жертвой злобной и продажной системы, которую следовало непременно побороть и изменить». Манфред Кох-Хиллбрехт описывает карьеру Адольфа Гитлера как «биографию игрока, который в течение чуть больше десятилетия, с начала 30-х до середины 40-х годов, несколько раз срывал банк, но быстро проигрался, поскольку поставил на карту все, что имел» (Кох-Хиллбрехт, 2003).

У нарциссической личности страсть к саморазрушению обычно скрыта или маскируется высшими, альтруистическими мотивами. Героическое бесстрашие «маленького капрала» Бонапарта на поле боя было обусловлено готовностью играть своей жизнью и жизнями армий и народов. А когда император вынужден был подписать отречение от престола, он попытался отравиться опиумом, который давно возил с собой, но организм оказался сильнее яда. Гитлер собирался убить себя еще в 1924 г., перед арестом после провала путча и затем в 1932 г., во время угрозы раскола нацистской партии. После падения Берлина он отравился вместе с Евой Браун, с которой перед самоубийством оформил брак, и фанатично влюблен-

ной в него Магдой Геббельс, убившей шестерых своих детей, прежде чем отправиться за фюрером.

Наиболее заметной патология становится после полной, окончательной победы властолюбца. Уничтожив классовых и партийных врагов, Сталин добился небывалой власти. Его называли Хозяином – так в анкете назвал свой род занятий и Николай II: «Хозяин земли Русской». Но самодержец все же делил свою власть со Священным Синодом, вынужден был считаться с высшим светом, армейской верхушкой, политическими партиями, не мог вмешиваться в судебные дела. Сталин же стал прижизненным Богом, сам формировал судебные решения и общественное мнение («Товарищ Сталин считает...» – произносил он с отстраненной интонацией оракула, попыхивая трубкой и пристально вглядываясь в подобострастные лица слушателей). «Чингис хан, прочитавший Маркса», – охарактеризовал его Бухарин. Однако вождю все же хотелось, чтобы не только боялись, но и любили – кнут и пряник надежнее. Приходилось лицедействовать. Мамлакат – маленькая дочь хлопкороба, чья фотография на руках улыбающегося Отца народов и Друга детей обошла весь мир, с благоговением запомнила слова вождя: «Мамашоре эдель алиани!» Когда Мамлакат подросла, она узнала, что сказал по-грузински Иосиф Сталин Лаврентию Берия: «Убери эту паршивку!»

Привыкание к признакам почтения требует все большей лести от подчиненных, сокрытия сигналов неблагополучия. Рано или поздно проявлений народной любви начинает не хватать, а если появляется реальная опасность поражения, как в случае негласного соперничества Сталина с его лучшим, единственным другом Кировым, наступает синдром отмены. У аддиктов «дружба – дружбой, а табачок врозь». Вот и не стало единственного друга, а из 139 руководителей партии, проголосовавших в 1934 г. на XVII съезде за Кирова как нового руководителя партии, только 31 умер своей смертью. Дисфория у властолюбца проявляется в форме постоянных угроз, поиска и наказания «виновных», число которых с каждым этапом деградации личности увеличивается. В лагерную пыль людей превращают даже за рассказанный о вожде анекдот. Полководец Жуков предан забвению, а школьники изучают пять сталинских ударов, с помощью которых Сталин победил Гитлера. Полмира генералиссимусу уже мало. Сталин готов применить атомное оружие, чтобы завоевать весь мир, и начинает для этого грандиозную провокацию: «дело врачей», переросшее в борьбу с международным сионизмом. Вознесшись от страха перед людьми на недостижимую для них высоту, вождь остается в «гордом одиночестве», обреченный на то, чтобы играть роль кумира, утрачивая остатки своего Я в собственных глазах. К концу жизни Сталин жаловался на невыносимое одиночество и умирал как злое чудище – к нему долго боялись подойти (Колесов, 2000а; Лури, 2000).

Еще Альфред Адлер рассматривал патологическое стремление к власти как компенсацию комплекса неполноценности. Эрих Фромм писал: «Страсть к власти идет не от силы, а от слабости». Власть нужна изгою для поддержания иллюзии, что он получил признание общества. В обычное время такой человек остается «унтером пришибевым», в «смутные времена» может стать диктатором. И тогда он надолго устанавливает тоталитарный режим – единственный, в котором он может выжить после пирровой победы над собственным Супер-эго и общественной моралью. Мораль определяется ими просто: «Кто не с нами, тот против нас». Как сказал Маяковский про Ленина: «Он к товарищам милел людскою лаской. Он к врагам вставал железа тверже». При этом ближайшие соратники легко могли попасть в число врагов. Вспоминает Подвойский: «Задержка во взятии Зимнего дворца чрезвычайно волновала Ленина. Он метался по маленькой комнате Смольного, как лев в клетке... Он грозил всех нас расстрелять за промедление». Недавно еще подписывавший свои прошения «потомственный дворянин Владимир Ульянов», в 1921 г. он закрывает Большой театр – как «дворянское наследие». Ильич расстался с котелком и тростью, надел пиджак и кепку, чтобы провозгласить: «Государство – это мы, сознательные рабочие, мы, коммунисты». Маяков-

ский уточнял: «Мы говорим партия, подразумеваем – Ленин». Потом оказалось: «Сталин – это Ленин сегодня». Позже Хрущев, разоблачив культ личности Сталина, выступает перед писателями, художниками, артистами: «Решать в нашей стране должен народ. А народ, это кто? Это партия. А партия кто? Это мы, мы – партия. Значит, мы и будем решать, я вот буду решать». Людовик XIV сказал проще: «Государство – это я».

Как и прочие аддикции, властолюбие часто сочетается с другими зависимостями, склонность к которым можно проследить в поколениях. Так, садист и некрофил Гитлер обо- жал Вагнера и кино, с большим трудом отказался от кофе и сладостей. Сталин, как и Гитлер, был некрофилом, садистом, любителем кино и театра, заядлым курильщиком, много пил, к концу жизни – в одиночку, а его отец Виссарион и сын Василий были настоящими алкоголи- ками. У Берии была выраженная гиперсексуальность, которую не остановил даже сифилис. Брежнев пил втайне, а его дочь Галина была явной алкоголичкой. Про Ельцина известно, к нашему стыду, всему миру.

В доме Ульяновых господствовала установка, прежде всего, на большие достижения в жизни. Володе Ульянову в семье все прощали, так как считалось, что он пойдет «дальше всех». Его старшему брату Александру учеба давалась с трудом, но он тоже жил с сознанием своей избранности, с идеей осчастливить человечество. После неудачного покушения на царя он гордо отказался от помилования и был повешен.

Добавлю про сходство истоков властолюбия Гитлера и Сталина. Грузин Джугашвили, как и австриец Гитлер, родился на окраине страны, и тоже в семье алкоголика. Его мать била и сына, и мужа, хотела сделать из Сосо священника. Сталин был маленького роста (как и корсиканец Бонапарт – «маленький капрал», и житель Симбирска Ульянов). Иосиф стал рябым после оспы, у него сохла левая рука. У Гитлера было женоподобное тело и такой зло- вонный пот, что ему приходилось дважды в день принимать душ и постоянно мыть руки. Не разоблачался Гитлер не только в переносном смысле – он не обнажался даже перед врачом. Товарищи по ссылке использовали Сталина как мишень для насмешек – он не дотягивал до этих дворян и выпускников университетов по многим параметрам. Гитлера, считавшего себя художником, равным Микеланджело, не приняли на учебу в Академию искусств. Он не смог закончить даже средней школы, а за шесть лет службы в армии будущий главнокоман- дующий дослужился лишь до ефрейтора. Как и Сталину, ему пришлось довольствоваться самообразованием. И как Сталин перестал писать стихи, так и Гитлер оставил свои заня- тия живописью ради того, чтобы получить власть и отомстить за свои детские обиды всему человечеству.

К сожалению, аддикцию к власти, хотя и малого размаха, можно обнаружить среди врачей, особенно администраторов, хирургов, психиатров и наркологов. Иногда эта аддик- ция проявляется и у психотерапевтов, использующих директивные методы: гипноз, психо- анализ, тренинг в больших группах.

☺ В психиатрическую больницу привезли с улицы двоих. Один выдавал себя за Наполеона, другой – за Жириновского. После обследования оказалось, что один шизофреник, а другой действительно Жириновский.

Аддиктивный фанатизм

*Не проглатывай веры больше, чем можешь переварить.
Генри Брукс Адамс*

Аддиктивный фанатизм – это крайняя степень увлечения какой-либо деятельностью с созданием из нее культа, поклонением кумирам и растворением в группе единомышлен- ников. Самые распространенные варианты фанатизма – религиозный (сектантство), поли-

тический (партийный), спортивный (фанаты), музыкальный (рокеры) и т. д. Экстатические пляски сектантов во главе с лидером приводят их в состояние деиндивидуализации, растормаживания инстинктов и психофизического возбуждения, аналогичное опьянению психостимуляторами, вплоть до появления галлюцинаций. Во время рок-концертов происходит навязывание альфа-ритма, при этом ЭЭГ неотличима от гипнотической. У слушателей возникают общие для всего зала или стадиона эмоции, индивидуальность растворяется, растормаживаются стадные инстинкты. Резко повышается внушаемость по отношению к исполнителю – идолу, кумиру. Через какое-то время человек уже не может жить без наушников и рок-тусовки. Похожее воздействие оказывал бесноватый фюрер под аккомпанемент марширующих колонн чернорубашечников и толпы, скандирующей: «Зиг хайль!». Вот описание поведения Гитлера:

«На митингах он выступал как никогда страстно, люди слушали его, затаив дыхание. По свидетельству одного из очевидцев, Гитлер напоминал вертящегося в экстазе дервиша. Но он знал, как разжечь людей – не аргументами, а фанатичностью, визгом и воплями, повторением и каким-то заразительным ритмом. Это он хорошо научился делать, эффект получался волнующе примитивным и варварским».

(Кох-Хиллбрехт, 2003)

Фанатики обнаруживают также аддикцию отношений, желание, чтобы их единомышленники властвовали над остальными, стремление к разрушению и саморазрушению. Сознание адепта культа определяется групповыми ценностями, ответственность за жизнь самоотверженно передается лидеру. Аддиктивной мотивации фанатического поведения способствует обстановка групповой тайны, магические ритуалы, идеологический накал – все это заполняет «пустоту» реальной жизни аддикта. Характерна нетерпимость к инакомыслящим: «Кто не с нами, тот против нас».

Обращение к древним культам характерно для кризисных моментов истории страны. Так, на Кубе во время острого кризиса 1992–1993-х годов повсеместное распространение получили древний культ и черная магия африканского народа йоруба, и тогда Фидель Кастро и другие высшие лица государства стали появляться в белых одеяниях и совершать обряды религиозного омовения и очищения от всяких грехов. Тоталитарное общество приписывает вождям магические свойства, чтобы уповать на них. Гитлер был убежден в наличии у себя таких качеств и постоянно демонстрировал их. После захвата Польши он заявил: «Решающий фактор в этой борьбе – я сам! Никто не может заменить меня! Я верю в силу своего интеллекта. Никто и никогда не достигал того, чего достиг я! Судьба Рейха зависит только от меня. Я не остановлюсь ни перед чем. Я уничтожу каждого, кто будет противостоять мне!» Культ личности Сталина – земного Бога советских атеистов – не требовал от него подобных фраз. Но его убежденность в своих огромных магических возможностях гипнотизировала даже мировых лидеров, которые непроизвольно вставали при его появлении.

Членами фанатических групп становятся зависимые личности, неспособные брать на себя ответственность за свою жизнь и чувствующие себя уверенно лишь в группе, ведомой сильным лидером. Чем больше они теряют свою индивидуальность, тем сильнее нуждаются в идентификации с лидером и группой, чтобы получить нарциссическое ощущение всемогущества. Такие личности легко могут стать жертвой психологического лидера, проводящего массовые тренинги, как Рон Хаббард и другие сайентологи, или сеансы гипноза, как Кашпировский. Еще более масштабное воздействие оказывают финансовые пирамиды типа МММ, организованная преступность, тоталитарные государственные режимы, международные мафиозные кланы и религиозно-террористические объединения. В религиозные секты легче всего вовлекаются лица, занятые интенсивным духовным поиском, стремя-

щиеся к «Абсолютной Истине», часто понимаемой как простые и однозначные ответы на сложные вопросы.

Для экстремистских религиозных культов характерно следующее: а) харизматические лидеры, считающие себя мессиями или обладателями особой силы (дара); б) тоталитарная (догматическая, абсолютистская) философия; в) тоталитарная система управления; г) требование беспрекословного подчинения уставу общины; д) сильный акцент на накоплении богатства для общины и е) почти полное отсутствие заботы об индивидуальном благополучии членов культа. От новообращенных обычно скрывают истинное положение дел, но как только они глубоко вовлекаются в культ, их подвергают процедуре «промывания мозгов». Полное изменение личности неопита занимает обычно от нескольких дней до нескольких недель, и после 4–7 лет жизни в культовой группе эти изменения становятся необратимыми.

Контроль сознания членов групп, по Роберту Лифтону, включает следующие пункты (по: Хассен, 2001).

1. Средовой контроль. Контроль жизненной среды и общения в пределах этой среды. Сюда входит не только общение людей друг с другом, но и проникновение в сознание человека групповых представлений, которые постепенно становятся определяющим фактором при принятии решений.

2. Мистическое манипулирование. Специальная технология планирования «случайностей» и «сверхъестественных» событий. Все манипулируют всеми ради более высокой цели.

3. Требование чистоты. Установление невыполнимых стандартов поведения, что способствует созданию атмосферы вины и стыда. Независимо от того, какие усилия прикладывает человек, он всегда терпит неудачу, чувствует себя плохим и работает еще усерднее.

4. Культ исповеди. Разрушение границ личности, предписывающее признаваться в любой мысли, чувстве или действии, которые можно заподозрить в несоответствии групповым правилам. Полученная при этом информация не прощается и не забывается, а используется в целях контроля.

5. Священная наука. Вера в абсолютную научную и нравственную истинность групповой догмы, что не оставляет места для каких бы то ни было вопросов или альтернативных точек зрения.

6. Внутригрупповой язык. Использование фраз и слов-клише с целью ограничить мышление членов группы абсолютными, черно-белыми формулами, понятными только для посвященных и устраняющими самостоятельное критическое мышление.

7. Доктрина выше личности. Навязывание верований группы в противовес опыту, сознанию и целостности личности.

8. Разделение существования. Вера в то, что члены группы имеют право на существование, а всяческие критики, диссиденты и иноверцы – не имеют. Для достижения целей группы оправданы любые средства.

Под влиянием подобного воздействия докультовая личность больного вытесняется аддиктивной личностью, полностью подчиненной интересам группы. С. Хассен (2001) подробно описывает, как адепт культа отказывается от своих прежних целей, разрывает важные отношения, отдает группе все свое время и средства, работает на нее за гроши. Он плохо питается, мало спит, игнорирует признаки болезни, отказывается от медицинской и психологической помощи, пренебрегает советами врача. Изменяется его одежда, прическа, вес, диета; у него появляется безжизненный пристальный взгляд наркомана, меняется построение речи, мимики и манеры, снижается чувство юмора. Из экстраверта он может превратиться в интроверта и наоборот. Аналитическое мышление подменяется магическим. Ленивый превращается в трудоголика, безответственный – в ответственного, неряшливый – в опрятного, несобранный – в пунктуального. Прежние интересы и хобби исчезают, изменяются представления о честности. Поведение становится скрытным, уклончивым или обо-

ронительным, а отношение к членам семьи – осуждающим. Он фанатично стремится обратить других в свою веру, использует жаргон «для посвященных», механически монотонно повторяет заученные постулаты. Семья и друзья становятся объектами проповеди, как будто нуждаются в спасении. Он оказывает давление с целью получить деньги для личных нужд и для группы. Утрачиваются связи с семьей и друзьями, он уклоняется от объятий и поцелуев, изолируется, не участвует в семейных событиях, большую часть времени проводит с группой, переселяется жить к другим членам группы. Меняются политические и религиозные убеждения, студенты переходят на вечернюю форму обучения, меняют специализацию или прекращают учебу.

В последние годы отмечается много случаев развития индуцированного бреда в религиозных группах, приводящих, в частности, к массовым самоубийствам, убийствам членов сект, насилию над детьми и другим тяжким правонарушениям (например, убийство 300 детей в Джонстауне, США в 1978 г.). Среди членов американского фан-клуба группы «Нирвана» самоубийц в 18 раз больше, чем по населению соответствующего возраста в целом.

Многие сатанинские секты практикуют садистические ритуалы, в которые входит питье крови в смеси с мочой и вином, употребление наркотиков, истязание или убийство животных и людей. Жертвы этих ритуалов, оставшиеся в живых, обнаруживают посттравматическое стрессовое расстройство. Дети обычно подвергаются инцестуозному и групповому сексуальному насилию в особо извращенной форме и получают тяжкие телесные повреждения. Их запугивают тем, что теперь они прокляты, находятся во власти Сатаны, и он всегда будет знать, где они находятся и что они делают.

Дети редко рассказывают о случившемся по нескольким причинам. Перед ритуалом их подвергают действию наркотиков и гипноза с внушением забыть произошедшее, а если эпизод вспомнится – покончить с собой. Кроме того, сам эпизод настолько мучителен, что вытесняется из сознания в силу диссоциации. Чтобы ребенка можно было использовать в ритуальных целях и в дальнейшем, эта диссоциация усиливается искусственно. Для этого ребенка жестокими пытками доводят до состояния разъединения чувств и мыслей, в это время в расщепленное сознание внедряется культовая программа, эффективно закрывающая образовавшееся окно. Теперь она будет функционировать постоянно, оставаясь неосознанной для жертвы. Программа включает: а) самостоятельное возобновление контакта с сектой или позволение его члену секты; б) сообщение секте нужной информации устами измененной части личности; в) автоматическое нанесение себе телесных повреждений или самоубийство в случае невыполнения предписаний секты; г) саботирование лечения, направленного на освобождение от влияния секты.

У взрослых, переживших в детстве сатанинское ритуальное насилие, обнаруживается диссоциативное расстройство, обычно в форме множественной личности. У них выявляются следующие типы пережитого насилия: принудительный прием наркотиков, сексуальные действия, наблюдение мучений и смерти животных, причинение физической боли и пытки с предварительным наблюдением за аналогичными издевательствами над другими, наблюдение и принудительное участие в принесении в жертву взрослых и детей, сожжение заживо в гробу, принудительный каннибализм, угрозы убийства. Девушек и молодых женщин принуждают к заключению ритуального брака с Сатаной, принесению в жертву собственного ребенка; они подвергаются насильственному лишению девственности, принудительному кровосмесительному оплодотворению и т. п. К символам сатанизма относятся: пятиконечная и шестиконечная звезда, сломанный крест, свастика, треугольник, всевидящее око, стрелы молний, три шестерки, перевернутый крест и др.

Во главе фанатиков обычно встают харизматические личности, отличающиеся паранойяльными и нарциссическими чертами, иногда это эпилептики. Наполеон презирал человечество и заявлял: «Такой человек, как я, плюет на жизнь миллионов людей!» Гитлер гово-

рил о себе: «То, чего мы требуем, настолько необычно и настолько сильно, что только душа и сама природа фанатика могла почувствовать влечение к этому. Это недоступно мелкому, усредненному уму бюргера» (Кох-Хиллебрехт, 2003).

Происхождение фанатизма. П.Б. Ганнушкин (1998) был одним из первых, кто указал на связь сексуальности, агрессии и религиозного чувства. Воодушевление и экстаз фанатика во время молитвенного ритуала так же, как и во время политического митинга, рок-концерта или спортивного матча, вызывают у него выброс внутреннего наркотика – эндорфина – со всеми вытекающими последствиями. Мода на медитирование также в большой степени обусловлена его выделением в этом состоянии. Фанатики стремятся к уходу от своего Я в «мы», растворяясь в группе единомышленников, где они чувствуют себя в безопасности. «Но если в партию сгрудилась малые//Сдайся враг, замри и ляг!// Партия – рука миллионопала, //Сжатая в один громающий кулак» (В. Маяковский). Малые здесь – инфантильные конформисты, бессильные поодиночке и всеильные в стае. Мир для них делится на «наших» и «врагов», правых и неверных.

Развитию фанатизма в нашей стране способствовал авторитарный менталитет, сформировавшийся в условиях тоталитарного режима, когда люди привыкли ожидать «хлеба и зрелищ» от власти имущих. Поскольку тоталитаризм сочетался с атеизмом, это привело к обожествлению земной власти. Однопартийная система делала лидера партии и руководителя государства Богом, а членов партии – идеологическими (т. е. добровольными, фанатично преданными) рабами. Аддиктивный фанатизм часто сочетается с аддикцией к власти, а также с влечением к смерти, которое проявляется в мазохистском принесении себя в жертву ради торжества сверхценной идеи. Этим можно объяснить и публичные «саморазоблачения» на процессах 30-х годов, и садомазохистское поведение современных террористов-смертников. Идеологический и социальный кризис в нашей стране привел к появлению большого количества молодых людей, которые явились легкой добычей не только наркомафии, но и зарубежных религиозных сект, обещающих духовную поддержку в обмен на отказ от своего Я.

Терапия. Для освобождения от влияния религиозной секты используется депрограммирование, которое состоит в развитии у пациента критического, гибкого, творческого и независимого мышления и коррекции ложных представлений относительно культовой жизни. Член культа исследует соответствующую идеологию в свете логики и известных ему фактов. С помощью наводящих вопросов его нацеливают на систематический анализ вскрытых противоречий. Новичков информируют о том, им придется посвятить свою жизнь этой группе, что их будущий супруг(а) и время вступления в брак будут выбраны за них лидером культа. Особенно полезно описать и объяснить процесс идеологической обработки, которой они были подвергнуты.

В процессе депрограммирования желание аддикта понять, что с ним происходит, нарастает до тех пор, пока не будет достигнуто состояние «ломки». Перед этим аддикт внезапно прекращает обсуждение, становится тихим и задумчивым или обнаруживает признаки шока. Затем у него наступает нервная дрожь, рыдания и паническая растерянность, рождается решение порвать с культом. Далее следует фаза неустойчивости, когда случайная встреча или телефонный звонок могут привести к рецидиву.

Окончательно от влияния секты можно освободиться только с помощью специально созданной команды близких и друзей аддикта, которые общими усилиями могут вернуть его к прежней жизни. Ядро команды составляют родные больного и его близкие друзья. В команду включаются также люди, с которыми адепт культа был связан до своего вступления в секту, другие семьи с аналогичными проблемами, бывшие члены секты. Подготовить такую команду для терапевтического вмешательства может семейный терапевт. Многих потенциальных членов команды обычно приходится убеждать в наличии проблемы. Людей,

использующих защиту отрицанием, необходимо спрашивать: «Какие вам нужны доказательства, чтобы убедиться в существовании проблемы?» и предоставлять соответствующую информацию. Часто члены команды нуждаются в опровержении ошибочных представлений, мешающих эффективной работе команды.

С. Хассен (2001) перечисляет 10 подобных заблуждений: «Никакого контроля сознания не существует», «Любое влияние есть попытка контроля над сознанием», «Ведь он по-своему счастлив!», «Нельзя вмешиваться в жизнь взрослого человека», «Он имеет право верить во что хочет», «Он достаточно умен и разберется сам», «Он так слаб, что ищет руководства», «Уж лучше секта, чем его прежняя жизнь», «Он уйдет сам, когда будет готов», «Мы потеряли надежду».

В ходе терапии приходится преодолевать ряд когнитивных стереотипов членов команды. Абсолютизация прошлого опыта: он никогда не слушал моих советов, не послушает и сейчас. Сверхобобщение: в прошлый раз мы поссорились, он всегда ненавидел меня. Наклеивание ярлыков: да ты просто зомби! Самообвинение: это моя вина, что он вступил в секту. Отрицание: никто его не контролирует, просто сейчас он в растерянности. Рационализация: если бы не секта, она была бы сейчас среди своих наркоманов. Негативная фильтрация: мы чудесно провели вчерашний день, но он все равно вернулся в секту, это полный провал. Поляризация: он так усердно трудится в своей секте, хотя все равно ничего не добьется. Персонализация (предположение, что все происходящее имеет отношение ко мне): я оставила для него три сообщения, а он все равно не позвонил; должно быть, он знает, что я обратилась к консультанту. Чтение мыслей: конечно, ты расстроился, что я не предупредила тебя, прежде чем что-то делать. Ошибки контроля: я выбью из него эту дурь! (или наоборот: мои попытки безрезультатны). Эмоциональная аргументация: я так чувствую, что любой, кто верит в эту чушь, просто слабак.

Члены семьи адепта нередко страдают какими-либо аддикциями, и бывает полезно привлечь адепта для того, чтобы помочь им избавиться от этих зависимостей. Впоследствии роли меняются, и успешное выздоровление родственника служит положительным примером для адепта. Во избежание рецидива следует учесть, что после выхода из секты бывшего адепта могут мучить чувства стыда и вины. Вместо того, чтобы искупить свою вину перед близкими, он может направить свои усилия на то, чтобы попытаться спасти друзей, оставшихся в секте, и это может затянуть его назад. Следует успокоить адепта, объяснив ему, что хотя его вина и велика, но не стоит преувеличивать ее. И лучшее, что он сможет сделать для оставшихся в секте друзей – это показать им пример творческой самостоятельной жизни.

Терапия выживших жертв ритуального насилия включает следующие этапы: а) установление терапевтического альянса; б) обследование и оценку; в) уточнение диссоциативной системы; г) вскрытие вытесненной информации и устранение диссоциативных барьеров; д) реконструкцию памяти и коррекцию представлений; е) противодействие внушенным представлениям; ж) десенсибилизацию запрограммированных сигналов; з) интеграцию прошлого, нахождение нового смысла жизни. Используются такие методы терапии, как катарсис, гипноз, самовыражение (ведение дневника, рисование, игра в песочном ящике), лекарственная терапия и стационарное лечение. Дополнительную помощь оказывает участие в группе взаимопомощи, работающей по принципу «Анонимных Алкоголиков». В процессе терапии необходимо быть готовым к развитию суицидоопасной депрессии. Это может быть результатом запрограммированности на суицид и/или неспособности интегрировать ужасающие компоненты воспоминаний. Крайне важно помочь больным осознать, что они не несут ответственности за случившееся, будучи жертвами запугивания, насилия и искусных манипуляций.

Трудоголизм

Работа – последнее прибежище тех, кто больше ничего не умеет.

Оскар Уайльд

«Бегство в работу» от обыденной жизни может быть связано с невозможностью испытывать «маленькие житейские радости», неспособностью обеспечить себе домашний комфорт, который обеспечивают другие. Человек увлеченно ставит перед собой все более трудные профессиональные задачи и с чувством удовлетворения разрешает их. Работа занимает все его помыслы, основную часть его времени и сил. Дома он «достаёт» супругу своими рабочими проблемами и обижается, когда она не проявляет к ним достаточного интереса. В качестве рационализации своего трудового энтузиазма используются такие оправдания, как материальная или рабочая необходимость, требования карьеры и т. п. Даже хобби трудоголиков обычно связаны с ролью добытчика, кормильца. Это работа на садовом участке, охота, рыбалка и т. п. Если трудоголик не может реализовать себя на основной работе, хобби может стать его единственным интересом в жизни.

Признаки трудоголизма:

- После напряженной работы человеку трудно переключиться на другую деятельность.
- Беспокойство о работе мешает во время отдыха.
- Приходится все время работать, потому что на человеке – вся ответственность за общее дело.
- Человек считает, что удовлетворение можно чувствовать только во время работы.
- Человек ощущает себя энергичным, уверенным и самодостаточным, только работая или думая о работе.
- Если человек не работает, то чувствует неудовлетворенность и раздражение.
- О человеке говорят, что в быту он мрачен, неуступчив, раним, но «преображается» на работе.
- Заканчивая какое-то дело, человек испытывает неудовлетворенность оттого, что скоро «все закончится».
- Заканчивая какое-то дело, человек сразу начинает размышлять о следующем деле, следующем рабочем дне.
- Человек не понимает смысла отдыха и радости от него.
- Человек избегает состояния «ничегонеделания».
- Отсутствие работы для человека – лишь безделье и лень.
- После работы, чтобы понять, чего хотят близкие, человеку нужно сделать над собой усилие.
- Даже дома мысли человека постоянно сосредоточены на работе.
- Журнальные фотографии, фильмы и программы эротического и развлекательного характера вызывают у человека раздражение.
- Рассказы приятелей о любовных подвигах кажутся человеку скучными.
- Бывает, что у человека нет сексуальных желаний, но он успокаивает себя мыслью: «Сегодня я очень устал. Завтра все будет по-другому».
- Для человека характерны слова: «все», «всегда», «я должен».
- Обычно человек ставит перед собой цели, которых не может достичь, и предъявляет к себе повышенные требования.
- Рассказывая о своей работе, человеку удобнее говорить «мы», а не «я».
- Неудача на работе является для человека катастрофой.

Трудоголизм следует отличать от здорового энтузиазма. Трудоголик полностью погружен в работу и одержим ею, но она приносит ему недостаточно удовлетворения. Энтузиаст вовлечен в работу, и она ему нравится, но он не одержим ею. Перфекционист должен сделать как можно больше и лучше из-за стремления к совершенству, чувства соперничества и страха неудачи.

Лев Толстой описывает жизненный крах карьериста Каренина после ухода жены:

«Всю жизнь свою Алексей Александрович прожил и проработал в сферах служебных, имеющих дело с отражениями жизни. И каждый раз, когда он сталкивался с самой жизнью, он отстранялся от нее. Теперь он испытывал чувство, подобное тому, какое испытал бы человек, спокойно прошедший над пропастью по мосту и вдруг увидавший, что этот мост разобран и что там пучина. Пучина эта была – сама жизнь, мост – та искусственная жизнь, которую прожил Алексей Александрович».

Трудоголизм является такой же формой саморазрушения, как и другие зависимости. Он приводит к переутомлению, нехватке сил на другие занятия и сужению круга интересов. Все вытесняет необходимость чувствовать себя очень нужным, незаменимым в определенных делах. Трудоголикам некогда и неинтересно пользоваться результатами своего труда, они постоянно жертвуют собственными потребностями. Многие из них счастливы, когда о них говорят, что они «горят на работе» и завидуют тем, кому удалось умереть на трудовом посту.

Оторванный от своего наркотика отпуском, болезнью, выходом на пенсию трудоголик скучает, чувствует себя ненужным, неприкаянным, никчемным. В отпуске он начинает пить, играть в карты, заводит курортный роман. На пенсии у него могут развиваться психосоматические расстройства и он меняет форму саморазрушения – становится ипохондриком, убивая время в бесконечных хождениях по врачам. Нередко организм включается в эту игру всерьез и человек быстро погибает от инфаркта, инсульта или рака.

У женщин-домохозяек трудоголизм проявляется в непрекращающихся хлопотах по хозяйству, бесконечных уборках, «смене декораций», а также проблемах в воспитании детей. Многие женщины сочетают профессиональный и домашний трудоголизм, обосновывая это жизненной необходимостью, ленью мужа и детей и реже – своим «слишком заботливым характером».

Трудоголизм часто сочетается с алкоголизмом («алкоголик – золотые руки») и эмоциональной зависимостью. Трудоголик много заботится о других, создавая у них впечатление родительской опеки. Однако при этом он ставит опекаемого человека в инфантильную зависимость, заставляет его чувствовать себя неумелым, глупым, несамостоятельным. Причиной такой заботы является не сочувствие, а перфекционизм и потребность в самоутверждении за чужой счет: «Я все знаю и умею лучше вас». Склонность трудоголика к роли Спасителя объясняют следующими мотивами: а) чувство своей незаменимости; б) заполнение времени; в) получение приятного заслуженного утомления; г) разрядка агрессии в форме попреков (Некрасова, 2003).

К трудоголизму более склонны старшие или единственные дети в семье, где отец – алкоголик, а мать – созависимая. Ребенок выполняет множество обязанностей по дому, старается хорошо учиться, чтобы компенсировать позор семьи, усиленно готовится в престижный вуз или добивается спортивных побед. Он лишает себя отдыха и развлечений, становится антиподом отцу. Но это только внешне, основа у трудоголизма и алкоголизма общая: бегство в зависимость, саморазрушение.

После распада СССР место трудоголизма заняли различные хобби, главным из них стала аддикция оздоровления. Это престижные виды спорта, шейпинг и массаж, тренажерные залы и сауны, фитнесцентры и различные диеты, чистки организма и т. п. Сюда же

можно отнести «погоню за знаниями», когда аддикт коллекционирует все новые «корочки», не собираясь всерьез заняться каким-либо общественно полезным трудом.

☺ Отцы лгут, уверяя, будто делают карьеру ради своих сыновей. Им стыдно признаться, что они ее делают для своих мам.

Болеслав Пашковский

Компульсивные личности также склонны много работать. Их трудоголизм может быть связан с гиперсоциальностью и перфекционизмом. Однако их мотивация изначально лишена гедонистического оттенка: человек много работает, перестраховываясь, сомневаясь в достижимости и правильности результата, а самое главное – в том, что начальство положительно оценит его усилия. Это больше похоже на ту стадию зависимости, когда вместо прежнего ожидания эйфории аддикт всего лишь стремится справиться с плохим самочувствием. Так что стимул тут – безопасность: «все исполню, только не ругайте!». В это русло обычно направляются и педагогические усилия созависимой матери аддикта. Она муштрует ребенка с оглядкой на собственных родителей и общественное мнение; когда он назло ей выбирает не ту аддикцию, она пытается создать видимость благополучия, а в конце ее хватает уже лишь на то, чтобы продемонстрировать свою верность моральным принципам.

Каковы *социальные корни* трудоголизма? Наш трудоголизм практически не связан с аддикцией к деньгам – разве это достойная зарплата, а потом пенсия? Может быть, карьеризм – старательный подчиненный быстрее станет начальником? Но ведь карьера у нас всегда больше зависела от связей – даже не от подхалимства. Или коллеги уважать больше будут за фото на Доске почета? Скорее обсмеют: «работа дураков любит», а то и обозлятся: он выслуживается, а нам – равняться на передовиков... Значит, в России человек становится трудоголиком не благодаря всем этим стимулам, а скорее вопреки им.

Тогда на чем же основан наш трудоголизм? Вполне вероятно, на мазохистской аддикции к подчинению. Не зря слово «работа» происходит от слова «раб». Известно, что похвала или ее предвкушение вызывает у человека выброс «вещества объятий» – внутреннего наркотика окситоцина. Попадая в зависимость от этого наркотика, ребенок становится зубрилой, взрослый человек целиком посвящает себя работе, довольствуясь похвальной грамотой или чувством «морального удовлетворения» от хорошего результата: «Мать могла бы мной гордиться!» Чтобы испытать эйфорию, выработку окситоцина приходится стимулировать все сильнее, все чаще.

☺ Объявление на воротах японской фабрики: «Если вы получаете удовольствие от работы, у нас для вас будет масса удовольствий!»

Для выявления трудоголизма применяют опросник Б. Киллинджер.

Ответ на каждый вопрос отмечается плюсом или минусом.

1. Важна ли для вас ваша работа?
2. Нравится ли вам делать вещи совершенно безукоризненно?
3. Свойственен ли вам дихотомизм во взглядах, видите ли вы все в черном или белом цвете без промежуточных?
4. Стремитесь ли вы к конкуренции и важна ли для вас победа в ней?
5. Важно ли для вас всегда быть правым?
6. Критичны ли вы к себе, осуждаете ли себя в случае совершения ошибки?
7. Бойтесь ли вы все время поражения?
8. Беспокойны ли вы, импульсивны ли вы?
9. Часто ли вам становится скучно?
10. Загоняете ли вы себя до истощения?

11. Возникают ли у вас периодически состояния, во время которых вы чувствуете себя чрезвычайно усталым?
12. Испытываете ли вы чувство вины при появлении у вас дискомфорта?
13. Считаете ли вы себя необычным или отличающимся от других?
14. Читаете ли вы постоянно материалы, связанные с работой, даже во время еды или просмотра телевизора?
15. Составляете ли вы список того, что необходимо сделать, или ведете дневник?
16. Обнаруживаете ли вы, что вам становится все труднее и труднее проводить свободное время в выходные, каникулы и во время отпуска?
17. Часто ли вы чувствуете, что вам не хватает времени и вы хотите, чтобы сутки продолжались больше 24 часов?
18. Поддерживаете ли вы деловую связь с коллегами во время отдыха?
19. Относитесь ли вы к работе как к игре и выходите из себя, если играете плохо?
20. Избегаете ли вы думать о том, что вы будете делать, когда не будете работать?
21. Вы ответственны на работе, но безответственны в личных делах.
22. Стараетесь ли вы избежать конфликта вместо того, чтобы его разрешить?
23. Характерны ли для вас импульсивные действия, когда вы не обращаете внимание на то, как они повлияют на других людей?
24. Вы боитесь критики, но сами любите осуждать и критиковать.
25. Вы заметили, что у вас ухудшилась память на то, о чем вам говорили другие.
26. Выходите ли вы из себя, если все идет не так, как вы запланировали?
27. Если вас прерывают во время решения вами производственных проблем в домашних условиях, вызывает ли это у вас резкое раздражение?
28. Создаете ли вы безвыходные ситуации для себя и для других?
29. Сконцентрированы ли вы на событиях будущего, вместо того чтобы радоваться настоящему?
30. Не забываете ли вы и не преуменьшаете ли значение семейных событий и праздников?

Если количество положительных ответов превышает 20, речь идет о наличии у человека трудоголизма.

Терапия трудоголиков решает следующие задачи.

- Помочь им замедлить темп. Привести примеры того, как они могут сделать сознательное усилие, чтобы произвольно замедлить темп жизни.
- Научить их умению расслабляться. Изучение медитации или йоги, чтение книг или даже принятие теплых ванн могут оказаться полезными для достижения спокойствия.
- Помочь им научиться ценить психологический климат в семье. Позитивное взаимодействие с членами семьи может быть очень ценным и обнадеживающим, поэтому следует искать способы, с помощью которых они могут укрепить семейные связи.
- Подчеркнуть важность семейных праздников и ритуалов. Они сплачивают семью и делают жизнь насыщенной и приносящей удовлетворение.
- Помочь клиентам вернуться в социальный ритм. Выработать план включения в общественную жизнь и завязывания дружеских отношений. Практически приступить к организации социальных связей вне работы.

- Обратить внимание на жизнь «сейчас». Принимая настоящее, можно получать больше удовольствия от жизни и уменьшить озабоченность будущим.

- Поощрять клиентов за самовоспитание. Часто эти люди многого не могут себе позволить, поэтому им надо практиковать самопоощрение.

- Подчеркивать важность надлежащей диеты, отдыха и физических упражнений. Хорошая физическая форма и стабильное эмоциональное состояние необходимы для нормального функционирования и избавления от зависимости.

- Помочь клиентам пережить потери их детства. Многие клиенты испытывают стыд, печаль, злость по отношению к событиям своего прошлого. Избавление от этих чувств повышает их самооценку, дает возможность перестроить свою жизнь.

Полезно дать трудоголику следующие рекомендации.

- Делайте то, чего действительно хотите. Отдавайте себе отчет в том, что ваши действия – не бегство от проблем, а реализация ваших желаний. Сделайте для себя законом: работать только на работе, и только «от» и «до». Никаких переработок, никаких домашних заданий.

- Делайте только то, что сопровождается положительными эмоциями. Избегайте скуки и безразличия. Предпринимайте конкретные шаги, а не мечтайте. Общайтесь с людьми, близкими по взглядам на жизнь, интересам и вкусам.

- Избавьтесь от знакомых, которые перекладывают на вас свои заботы, ответственность, «грузят» вас своими проблемами и переживаниями. Если духовного общения нет, но разорвать отношения не удастся, относитесь к таким людям нейтрально.

- Не боритесь с упрямцем. Будьте снисходительны и не навязывайте ему свое понимание истины. Если же чьи-то убеждения, манеры или привычки для вас непереносимы – обходите такого человека стороной.

- Не вступайте в неравные споры. Тогда вас не будет мучить обида проигравшего. Обходите острые углы, не поддавайтесь соблазну указывать другим на ошибки и промахи. Отделяйте главное от второстепенного. Выделяйте цели противоположной стороны и ищите компромиссы.

- Не отвечайте ударом на удар. Если не удастся договориться, лучше прекратите общение – тем самым вы лишите обидчика питательной почвы. Свою агрессию можно выпустить, занимаясь физической работой или спортом.

☺ – Представляешь, мой доктор сказал мне, что я помешан на работе и посоветовал обратиться к аналитику.

– И что ты сделал?

– Нашел себе еще одну работу.

– Зачем?

– Чтобы было чем платить аналитику.

Синдром выгорания профессионала

*Служа другим, сгораю.
Древний девиз врача*

У лиц «помогающих» профессий (врачей, учителей, социальных работников, психотерапевтов и т. д.) трудоголизм может привести к формированию синдрома выгорания профессионала (Барабанова, 1995; Кочюнас, 2002; Макаров, 1999). Данный синдром включает чувства усталости и опустошенности, вялость, подавленность и недостаток энтузиазма, утрату способности видеть положительные результаты своего труда, негативную установку на работу и жизнь в целом. Снижается уровень трудовой морали и продуктивности, человек

часто меняет место работы, начинает злоупотреблять транквилизаторами, алкоголем и наркотиками. У него могут развиваться психосоматические расстройства и депрессия.

Синдром выгорания развивается после первоначального *этапа эйфории и энтузиазма*, напоминающего медовый месяц. На этом этапе профессионал полностью поглощен решением проблем, думает и говорит только о своих делах, на работе ему не хватает времени, чтобы выпить чашечку кофе или перекусить, он увлеченно работает без отпусков и выходных, мало спит.

На *втором этапе* у профессионала периодически появляется стремление навязывать пациенту свои мнения, установки или ценности. Нарастает тенденция манипулирования пациентом, реализации скрытых агрессивных установок под маской «благих намерений». Он отказывается продолжать обсуждение предложенной темы, проявляет раздражительность и враждебность во время беседы, стремится побыстрее ее завершить. У профессионала нарастает усталость, он много курит или пьет кофе, периодически у него возникают проблемы со сном, ухудшается чувство юмора, особенно в рабочих ситуациях.

Третий этап отличается развитием хронических симптомов. Появляется чувство беспомощности, измождения, «загнанности», а иногда – острой злобы, пустоты и подавленности. Возникает чувство несостоятельности, незначительности решаемых проблем, появляются сомнения в эффективности своей работы и своих способностях. От профессионала можно услышать циничные замечания и шутки по поводу его профессии. Появляются мысли о смене профессии и нежелание идти на работу. Происходит перенос собственных сложностей на проблемы пациента и своих отрицательных эмоций – на окружающих. Возникают трения с коллегами. Профессионала все больше обижает, что ему «надо больше всех», что его просто используют, ценят, но не собираются любить. От попыток симбиотической близости он переходит к формальной, бюрократической дистанции.

На четвертой стадии наступает кризис – учащаются жалобы на здоровье: усталость, раздражительность, мышечное напряжение, плохой сон, расстройства желудка, частые простуды. Развиваются психосоматические расстройства, приводящие к временной утрате работоспособности. Возникают сомнения в себе, пессимизм, из-за чрезмерной озабоченности нарастающими проблемами портятся отношения в семье. Профессионал отгораживается от друзей, грубеет, черствеет – «выгорает». На конечной, пятой стадии развивается заболевание, угрожающее жизни и трудоспособности.

Дж. Гринберг (2002) приводит опросник для исследования синдрома выгорания (см. с. 234).

К развитию синдрома обычно приводят следующие причины: однообразие и кажущаяся неэффективность работы, большой личностный вклад в работу без получения признания, недостаточная мотивированность клиентов и критицизм коллег, запрет на творческий поиск и самовыражение, отсутствие возможностей для дальнейшего обучения и профессионального роста, неразрешенные внутри- и межличностные конфликты профессионала.

Каждый психолог и психотерапевт получает от своих клиентов и пациентов негативные чувства, которые могут накапливаться и вытесняться, особенно при запрете на их свободное выражение, характерном для лиц помогающих профессий (например, эту особенность замечал в себе Роджерс). Установки долженствования отличают не только невротиков, но нередко и самих консультантов и терапевтов. Собственные желания профессионала подавляются, в том числе одно из самых важных при такой работе – желание побыть в покое, одиночестве.

1. Снижается ли эффективность вашей работы?
2. Потеряли ли вы на работе часть инициативы?
3. Потеряли ли вы интерес к работе?
4. Усилился ли ваш стресс на работе?

5. Вы чувствуете утомление или снижение темпа работы?
 6. У вас болит голова?
 7. У вас болит живот?
 8. Вы убавили в весе?
 9. У вас проблемы со сном?
 10. Ваше дыхание стало прерывистым?
 11. У вас часто меняется настроение?
 12. Вы легко злитесь?
 13. Вы легко подвержены фрустрации?
 14. Вы стали более подозрительны, чем обычно?
 15. Вы чувствуете себя более беспомощным, чем всегда?
 16. Вы употребляете слишком много средств, влияющих на настроение (транквилизаторы, алкоголь и т. д.)?
 17. Вы стали менее гибким?
 18. Вы стали более критично относиться к собственной компетентности и компетентности других?
 19. Вы работаете больше, а чувствуете, что сделали меньше?
 20. Вы частично утратили чувство юмора?
- Если вы ответили утвердительно на 10 вопросов, ваша работоспособность серьезно нарушена. Если вам подходит 15 и более утверждений, возможно, вы «выгораете» или уже «выгорели».*

Имеют значение такие личностные качества профессионала, как интроверсия и склонность идентифицироваться с другими, альтруизм и сентиментальность, беспокойство и ранимость, амбициозность и перфекционизм, склонность к самобичеванию в случае поражения в сочетании с тенденцией занимать пассивную позицию при неудаче и перекладывать ответственность за нее на других.

Для нормализации состояния профессионалу следует задаться вопросом: «Зачем я работаю?» Ответить на него поможет список причин – как объективных, так и субъективных. Этот перечень демонстрирует мотивацию, ценность и значение работы. Затем стоит составить список под заглавием «Я действительно хочу этим заниматься». Надо перечислить то, чем нравится заниматься, в убывающей последовательности, и потом вспомнить, когда удавалось заниматься этим в последний раз.

Для профилактики выгорания необходимо вносить в свою работу разнообразие, участвовать в деятельности профессионального сообщества, регулярно встречаться с сотрудниками в неформальной обстановке, больше времени проводить с семьей и друзьями. Следует читать не только специальную, но и художественную литературу, больше и интереснее отдыхать, найти себе хобби. Хорошо бы расширить круг интересов и друзей – желательно отличающихся профессионально и личностно. Психотерапевту, особенно начинающему, полезно участвовать в балинтовской группе, повышать свою квалификацию с помощью различных тренингов. Не стоит стремиться к результатам, недостижимым при имеющихся на данный момент возможностях. Надо быть готовым к неизбежным неудачам, оценивать себя без излишней оглядки на окружающих.

Важно также поддерживать свое здоровье, соблюдать режим сна и питания, заниматься физкультурой, бросить курить, ограничить потребление кофе и алкогольных напитков, овладеть техникой релаксации, для повышения самооценки может оказаться полезным тренинг асертивности. И наконец, не надо воспринимать себя слишком серьезно. Каждый день можно найти возможность для какой-нибудь «глупости» – погримасничать, попускать мыльные пузыри, поиграть в классики и т. п.

☺ Главврач вызывает к себе врача с большим стажем работы:

– Как ваше самочувствие, Иван Петрович?

– Спасибо, хорошее. Я ни разу не болел за все 20 лет работы в этой больнице.

– Невероятно! И вы не заработали язву желудка?

– Нет.

– Не страдаете от гипертонии?

– К счастью, нет.

– И сердце не беспокоит? Печень, почки?

– Да нет, ничего такого.

– Скажите мне честно, Иван Петрович, может быть, вы вообще не работаете?

Аддикция к разрушению и саморазрушению

Аддикция к разрушению

Считать ли это прогрессом, если людоед научился пользоваться ножом и вилкой?

Станислав Ежи Лец

В настоящее время в России одну из наиболее важных социальных проблем составляет преступность. В 1997 г. МВД РФ зарегистрировало более 12 тысяч организованных преступных групп и рекордное число преступлений – 3 миллиона за год. В последние годы это число остается относительно стабильным, что связывают с достижением так называемого уровня насыщения преступности. В 2002 г. в России мужчинами было убито 14 тысяч жен и 2 тысячи детей. В психиатрии влечение к разрушению описано в таких клинических формах, как амок, виндиго, пиромания, гебоид и некрофилия.

Амок (F48.8) наблюдается у аборигенов Индонезии и Малайзии, где традиционно высоко ценится крайняя агрессивность, а также суицидное поведение во время боевых действий. У человека внезапно развивается сумеречное состояние сознания с глубокой дезориентировкой. Возникает неукротимая ярость, направленная на узкий круг лиц, яркие галлюцинаторные и иллюзорные переживания, чувственный бред, импульсивное резкое двигательное возбуждение, бессвязная речь. Через несколько минут состояние прекращается с полной амнезией.

«Да, амок – вот как это бывает: какой-нибудь малаец, человек простой и добродушный, сидит и тянет свою настойку. Сидит отупевший, равнодушный, вялый. И вдруг вскакивает, хватается за нож, бросается на улицу. И бежит все вперед и вперед... сам не зная куда. Кто бы ни попался ему на дороге, он убивает его своим “крисом”, и вид крови еще больше разжигает его. Пена выступает у него на губах, он воет, как дикий зверь... И бежит, бежит, бежит, не смотрит ни вправо, ни влево, бежит с истошными воплями, с окровавленным ножом в руке, по своему ужасному, неуклонному пути... Люди в деревнях знают, что нет силы, которая могла бы остановить гонимого амоком... они кричат, предупреждая других, при его приближении: “Амок! Амок!”, и все обращается в бегство... А он мчится, не слыша, не видя, убивая встречных... пока его не пристрелят, как бешеную собаку, или он сам не рухнет на землю».

(С. Цвейг)

Виндиго (F48.8) описано у индейцев Северной Канады. В условиях недоедания возникает чувство одержимости чудовищем-людоедом, называемом на местном языке «виндиго». На фоне депрессивно-параноидной симптоматики появляется компульсивная потребность есть человеческое мясо, мысли об убийстве и самоубийстве. Соплеменники обычно убивают больных.

Пиромания (F63.1) (от греч. *pyr* – огонь и *mania* – страстное влечение). Хотя пожару может предшествовать тщательная подготовка, сам поджог совершается немотивированно, импульсивно. Больной не может справиться с нарастающим психическим напряжением и испытывает облегчение только после совершения поджога. Характерна постоянная фиксация мыслей на деталях готовящегося или произведенного пожара. Пироманы проявляют

повышенный интерес к пожарам, случающимся в окрестностях, к пожарной технике, часто организуют ложные вызовы, стараются присутствовать при тушении пожаров. При этом судьба жертв их не волнует или вызывает злорадство. Как правило, они отрицают свою причастность к поджогам, хотя оставляют на месте преступления отчетливые следы.

Диагноз ставится при соответствии следующим условиям: 1) совершенно не менее двух немотивированных поджогов; 2) побуждение совершить поджог интенсивно ему предшествует чувство внутреннего напряжения, завершающееся облегчением после поджога; 3) постоянная фиксация на мыслях о поджоге и конкретных обстоятельствах пожара.

Больные – в основном подростки и молодые мужчины с низким уровнем интеллекта, гиперсексуальностью, алкоголизмом и выраженной тенденцией бороться против авторитетов. У них отмечается низкая дисциплина в школе, побеги из дома, жестокое обращение с животными. У женщин наблюдается промискуитет и kleptomania.

З. Фрейд отмечал, что вид пламени вызывает сексуальное возбуждение, и связывал поджоги с гиперкомпенсацией сексуальных дисфункций. Форма языков пламени напоминает фаллос; жар, исходящий от огня, ассоциируется с любовным пылом. Пироманы приобщаются к власти всепожирающего огня, как огнепоклонники. Мотивацией пиромании может быть стремление к социальному престижу, желание проявить храбрость при тушении пожара, участвовать в коллективном эмоционально насыщенном действе. Поскольку многие пироманы описывают свое детство как цепь обид и унижений, важным мотивом поджогов может быть месть, отреагирование подавленной ярости и идентификация с агрессором (родителем и огнем). Определенную роль может играть зависть к чужому семейному счастью и благополучию. Можно также предположить, что горящий дом служит символическим сигналом отсутствующему отцу, чтобы он вернулся домой в качестве спасителя. Глубоким и ярким исследованием психики пожарника-поджигателя является роман Эрве Базена «Масло в огонь».

Лечение пиромании обычно заключается в принудительной госпитализации с использованием аверсивных методов терапии.

☺ – Помогите, доктор. Каждую ночь мне снится один и тот же кошмар: пожар, языки пламени, духота, жара...

– Может быть, у вас слишком теплое одеяло или вы не открываете на ночь форточку? Или вы перегреваетесь днем на солнце?

– Нет.

– А может, кто-то обвиняет вас в том, что вы «прожигаете» деньги, знаете ли?

– Да нет, доктор.

– Не знаю, что и думать. А кем вы работаете?

– Пожарником.

Гебоид (от греч. *hebe* – юность, молодость; Геба – в древнегреческих мифах богиня вечной юности) развивается в подростково-юношеском возрасте. Основу состояния составляют разнообразные сверхценные влечения, которые отражаются в образных аутистических агрессивнo-сaдистических фантазиях. На личностном уровне клиническая динамика синдрома проявляется в виде психопатоподобных реакций, декомпенсаций и патологического развития личности.

У больного появляются несвойственные ему ранее грубость, ослабление самоконтроля, неприязнь к окружающим с бессмысленным противопоставлением себя им и негативизмом по отношению к общепринятому образу жизни при относительно сохранном интеллекте. Наблюдается инфантильный эгоцентризм, гротескное стремление к самоутверждению, полное игнорирование нравственных правил и ценностей. Выражены садисти-

ческие наклонности, склонность к импульсивной агрессии, расторможенность влечений и тенденция к их немедленной реализации. Девушки нередко склонны к инфантильному «коллекционированию» сексуальных партнеров, связанному со сверхценным стремлением к самоутверждению, жадой власти. Нарушения влечений могут также включать дромоманию (бродяжничество), пироманию (поджоги), ранний алкоголизм и наркоманию.

Гебоид чреват криминальными действиями, которые часто являются результатом длительных сверхценных переживаний, по интенсивности приближающимся к овладевающим идеям. Преступления обычно совершаются в одиночку, компульсивно, на фоне дисфории. Они характеризуются длительным изоощренным истязанием жертв, множественностью и жестокостью повреждений, явным смакованием своих действий и мучений жертвы. Характерны социальная дезадаптация, паразитический образ жизни, отчетливое эмоциональное огрубение. Возможно шизоидное изменение личности, около 10 % больных кончает жизнь самоубийством. Синдром чаще встречается у мужчин в семьях больных шизофренией; психодинамика аналогична динамике шизофрении.

Некрофилию описал, в частности, Э. Фромм (1994) на примере Гитлера и Сталина. Некрофил стремится умертвить, превратить в контролируемые или мертвые объекты все и вся. Подросток вешает кошку, серийный убийца лишает жизни десяток человек, у вождей хватает власти на уничтожение многих миллионов. Вот образцы распоряжений Ленина: «Повесить зачинщиков», «Расстреливать на месте беспощадно», «Чем больше расстреляно, тем лучше», «Расстреливать заговорщиков и колеблющихся, никого не спрашивая и не допуская идиотской волокиты», «Беспощадный массовый террор!» Ленин впервые в России организовал геноцид по классовому принципу. Например, в 1918–1919 гг. уничтожали казаков старше 12 лет лишь за то, что они казаки.

По приказу Гитлера об эвтаназии были уничтожены тяжело больные люди, и в первую очередь пациенты психиатрических больниц. Весной 1941 г. Гитлер обсудил с главой СС Гиммлером план геноцида евреев. Секретарша вспоминает, как выйдя из кабинета фюрера, Гиммлер упал на стул и простонал: «Боже мой, Боже мой, чего он требует от меня!» Гитлер требовал от своих генералов не столько стратегических побед, сколько полного уничтожения живой силы противника и населения захваченных территорий. Он испытывал маниакальное наслаждение, составляя списки своих жертв. «В Первую мировую войну Россия потеряла 1,5 млн. человек военнопленных (по немецким данным) и 5 млн. убитыми (по немецким данным). Если подобное соотношение сохранится и в эту компанию, то в течение шести недель они потеряют 900 000 военнопленными и около 3 млн. убитыми, а количество раненых вообще не поддается учету». Еще в 1938 г. генерал Гальдер понял: «Этот душевнобольной стремится развязать войну, скорее всего, из-за извращенной сексуальной потребности увидеть, как прольется кровь».

Москве и москвичам Гитлер приготовил следующую участь:

«Город должен быть окружен так, чтобы ни один русский солдат, ни один житель – будь то мужчина, женщина или ребенок – не мог его покинуть. Всякую попытку выхода подавлять силой. Произвести необходимые приготовления, чтобы Москва и ее окрестности с помощью огромных сооружений были затоплены водой. Там, где стоит сегодня Москва, должно возникнуть море, которое навсегда скроет от цивилизованного мира столицу русского народа».

(Кох-Хиллбрехт, 2003)

Не лучше относился Гитлер и к немцам. Когда в 1942 г. армия Паулюса оказалась в «котле» под Сталинградом, он не разрешил вывести ее и обрек на разгром. Участников заговора 1944 г. по приказу Гитлера медленно душили, раздев догола и снимая на кинолентку,

и затем фюрер с удовольствием смотрел на корчащееся в судорогах голое тело. У офицера, который подложил бомбу, убили всех родственников – от трехлетнего ребенка до восьмидесятипятилетнего старика. А когда войска союзников с разных сторон вступили в Германию, мания разрушения Гитлера перекинулась на собственную страну. Он заявил: «Если война проиграна, пусть гибнет весь народ!», и отдал приказ уничтожать все – от шахт до банков.

При некрофагии части трупа поедаются. Вероятно, вегетарианство Гитлера можно расценить как реактивное образование, защищающее от обвинений в некрофагии: «Я вообще мяса не ем». Впрочем, у него все равно мерзко пахло изо рта. Некрофил обязательно доводит любимых женщин до смерти. Покончила с собой соvrащенная Гитлером племянница Гели Роубал, наложив на себя руки его любовница киноактриса Рене Мюллер, покушалась на самоубийство спавшая с ним Юнити Митфорд. А постоянная сожительница Гитлера Ева Браун еще в 1932 г. стреляла в себя, в 1935 г. приняла 35 снотворных таблеток и спустя 10 лет все же отравилась во время двойного самоубийства с фюрером (там же).

На счету Гитлера 21 млн. убитых, Сталина – 43 млн. Академик И.П. Павлов в 1934 г. отправил в Совнарком СССР письмо, в котором писал:

«...мы жили и живем под неослабевающим режимом террора и насилия... Я вижу более всего сходство нашей жизни с жизнью древних азиатских дикарей. А у нас это называется республиками. Как это понимать? Пусть, может быть, это временно. Но надо помнить, что человеку, произошедшему из зверя, легко падать, но трудно подниматься. Тем, которые злобно приговаривают к смерти массы себе подобных и с удовольствием приводят это в исполнение, едва ли возможно оставаться существами, чувствующими и думающими человечно. В то же время, те, которые превращены в забитых животных, едва ли смогут стать существами с чувством собственного достоинства».

(Антонян, 2003)

«Ответ» Совнаркома был предсказуем: с 1 января 1935 г. по 22 июня 1941 г. было уничтожено 7 млн. «врагов народа».

Сталин называл себя Кобой – по имени жестокого разбойника, героя романа грузинского писателя Казбеги со зловещим названием «Отцеубийца». Политическим кредо Сталина было: «Нет человека – нет проблемы». Год его максимальной дисфории – трагический 37-й. Влечение к смерти, разрушению проявляется в сновидениях некрофила, выборе профессии военного, мясника, патологоанатома, любви к охоте, привычке ломать и рвать на мелкие кусочки все, что попадает под руку, интересе к уголовной хронике, боевикам и истории войн. Некрофил предпочитает темные, поглощающие цвета (коричневые мундиры штурмовиков и черные СС), он говорит сухо и педантично (Сталин), у него серое маскообразное лицо (вспомните генерала Хлудова из «Бега» М. Булгакова) или брезгливая гримаса, как будто он принюхивается к запаху гнили (Гитлер). Некрофил исповедует культ силы, он выступает за смертную казнь, дипломатии предпочитает войну, ненавидит людей другой расы или веры и обожает технику. Он любит участвовать в похоронах, осматривать кладбища, морги. Сталин воскресил культ мертвых, воздвигнув мавзолей с мумией Ленина в сердце России – на Красной площади. На этом пьедестале он принимал изъявления верноподданнического обожания во время государственных праздников, апофеозом которых был парад орудий убийства.

Уничтожая всех, кто рядом, людоед еще и льет крокодиловы слезы. Эдвард Радзинский приводит рассказ близкого друга и соратника Сталина Серго Кавтарадзе, главы правительства Грузии в 20-х годах, приговоренного в 1936 г. к расстрелу за «подготовку убийства»

Сталина и через год пребывания в камере смертников сделанного заместителем наркома иностранных дел.

«Однажды после какого-то заседания Хозяин взял его с собой на дачу. Был душный июльский вечер. Перед обедом они гуляли по саду, Хозяин шел чуть впереди, напевая тенорочком свою любимую грузинскую песню “Сулико”: “Я могилу милой искал, но ее найти нелегко...” Кавтарадзе уже готовился тихонечко подпевать (Хозяин это очень любил), как вдруг тот прервал куплет, и Кавтарадзе явственно услышал его бормотанье:

– Бедный... бедный Серго...

И опять Хозяин запел: “Я могилу милой искал...” И опять раздалось его бормотанье:

– Бедный... бедный Ладос...

Кавтарадзе облился потом, а Хозяин пел и вновь бормотал:

– Бедный... бедный Алеша...

Кавтарадзе шел за ним, онемев от ужаса: это все были имена их друзей-грузин, которых он погубил. Долго пел Хозяин “Сулико”... Помногу раз пришлось ему повторять куплеты, перечисляя их всех... И вдруг он обернулся и зашептал:

– Нету... нету их... никого нету...

В глазах его стояли слезы, и Кавтарадзе не выдержал – тоже заплакал и бросился ему на грудь.

В мгновение лицо Сталина вспыхнуло яростью – толстый нос, пылающие желтые глаза приблизились вплотную к Кавтарадзе, и он зашептал, оттолкнув его:

– Нету их! Никого нету! Все вы хотели убить Кобу! Не вышло – Коба сам всех убил, блядь дети!

И он ринулся по аллее, ударив сапогом не успевшего отскочить охранника».

(Радзинский, 1997)

☺ – Доктор, сегодня мне приснилось, что я – людоед и мы всем племенем доедаем женщину, ужасно похожую на мою жену!

– Ну зачем же так волноваться, мало ли что может присниться?

– Да? В таком случае объясните мне, куда же делась моя жена?!

Аддикция к саморазрушению

*Все, все, что гибелью грозит,
Для сердца смертного таит
Неизъяснимы наслажденья —
Бессмертья, может быть, залог!*

А.С. Пушкин

По данным ВОЗ, каждый день кончает с собой 2300 человек, неудачно пытаются покончить с собой еще 20 тысяч. Особенно распространены самоубийства в развитых странах, где они занимают третье место среди причин смерти (у молодежи – второе). Наша страна вышла по этому показателю на одно из первых мест в мире и превышает среднемировые показатели в 3–4 раза. Чаще всего самоубийства совершают одинокие, разведенные и овдовевшие мужчины. Наиболее высокий уровень самоубийств обнаруживается среди психиатров, психологов и адвокатов.

Женщины и молодые мужчины чаще прибегают к незавершенным попыткам самоубийства, в этом случае говорят о *парасуициде*. Женщины совершают суицидные попытки в два раза чаще мужчин. Пик таких попыток приходится на 16–24 года. Каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года и каждый десятый умирает вследствие завершенной суицидной попытки. 75 % лиц, совершивших суицидальную попытку, хотя бы один раз лечились от алкоголизма или наркомании, каждый второй молодой самоубийца был алкоголиком. По-видимому, в происхождении химической и ауто-агрессивной аддикции у этих людей лежат одни и те же глубинные механизмы.

Э. Шнейдман (2001) выделяет среди суицидентов – игроков со смертью – людей, которые в какой-то степени хотят умереть, но выбирают способ, который оставляет им шанс на спасение. Широко известный пример – «русская рулетка», когда человек стреляет в себя из револьвера, барабан которого заряжен наугад одним патроном. Сходным образом ведут себя те, кто, приняв несколько таблеток, звонят подруге или вскрывают поверхностные вены запястий в ванной, когда дома находятся другие люди. Надо сказать, что по законам аддикции подобная игра случается все чаще и становится все опаснее, пока, наконец, суицидент не переходит смертельный рубеж.

А. Бек с соавторами (2003) описывают когнитивную триаду суицидентов: преувеличенно негативное восприятие мира, собственной персоны и своего будущего. Если суицидент не может решить проблему сразу, ему рисуется цепь будущих неурядиц. Его мышление работает дихотомически: «либо победа – либо поражение». Для такого человека суицид становится своего рода наркотиком, единственно возможной и желаемой формой «избавления».

К. Лоренц (1994) связывает аутоагрессию современного человека с урбанизацией. Городская скученность и постоянная конкуренция обостряют механизмы внутривидовой агрессии, но законы общежития заставляют подавлять ее. Подавленная агрессивность усиливает предрасположенность человека к несчастным случаям и другим проявлениям неосознанной аутоагрессии.

З. Фрейд определяет мазохизм как садизм, направляемый на собственную личность, чтобы сдерживать агрессивное влечение. Эту мысль подтверждает тот факт, что в цивилизованных странах уровень суицидов выше, чем в странах с высоким уровнем убийств. Известно также, что уровень суицидов падает на период войн, когда поощряется убийство врагов. К. Меннингер развивает эту мысль в отношении мучеников и аскетов – «хронических самоубийц»:

«...система воспитания и образования в какой-то мере прививают человеку аскетические навыки, которые проявляются в бескорыстном и самоотверженном служении обществу и заботе о собственных детях... В отличие от рядового члена общества, „хронический самоубийца“ руководствуется внутренней потребностью жертвовать собой. То, что на первый взгляд воспринимается, как законное стремление увековечить свое имя, на поверку оказывается замаскированным проявлением деструктивных сил».

(Меннингер, 2000, с. 153)

Невротики, по мнению Меннингера, пользуются тем же механизмом, но они стремятся вызвать не восхищение, а жалость. И восхищение, и жалость выступают здесь как извращения любви. Наркотическую, в том числе и алкогольную, зависимость Меннингер считает одной из форм самоуничтожения, которая характеризуется искаженной направленностью внутренней агрессии, половой неудовлетворенностью и подсознательным стремлением к наказанию, порожденным чувством вины за собственную агрессивность. Сам наркотик выступает в роли любимого убийцы.

Некоторые преступники, по Меннингеру, переполнены непреодолимым чувством ненависти, уходящим корнями в детский возраст, когда человеку приходится подавлять свои эмоции настолько, что подсознание становится неспособным к скрытой реализации внутреннего агрессивного импульса. Это, в свою очередь, приводит к тому, что ребенка часто ловят на запрещенных поступках и наказывают. В дальнейшем проступки превращаются в преступления, а наказания ужесточаются, все больше ожесточая человека, способного теперь испытывать только ненависть и страх наказания. Последнее извращенное проявление любви к человечеству – совершить убийство, за которое полагается смертная казнь, и уж она, наконец, освободит человечество от такого злодея.

В качестве промежуточного варианта можно рассматривать сексуальных садистов. Импотенция и фригидность, при которых происходит отказ от нормального генитального удовольствия, также могут быть формой саморазрушения. При этом естественная биологическая роль приносится в жертву извращенным эротическим наклонностям, подсознательным страхам и ненависти, стремлению к самонаказанию и лишению себя и партнера совместного удовольствия.

Меннингер ввел понятие «частичное самоубийство» для описания некоторых форм невротического членовредительства. Он включил сюда трихотилломанию (вырывание и поедание собственных волос), онихофагию (обгрызание ногтей), удаление зубов, ампутации (пальцев, конечностей, полового члена). По словам автора, во всех этих случаях «суицидальный импульс сосредоточивается на отдельном участке тела, являющемся для пациента своего рода заменой целого, подлежащего уничтожению». Саморазрушительные импульсы наблюдаются у лиц, склонных к травматизму от несчастных случаев, а также у жертв нападений и сексуального насилия.

В более поздней модели садомазохизма успешно разрабатывалась идея Фэйрберна о «моральной защите от плохих объектов». Автор отмечает, что ребенок *интроецирует* плохие объекты, чтобы очистить их от «плохости». В награду он рассчитывает получить ощущение безопасности, которое характерно для человека, окруженного хорошими объектами. Внешняя безопасность, таким образом, приобретается ценой внутренней небезопасности, так как Эго отдается на милость внутреннего «черного человека», против которого необходимо создать эффективную защиту. Когда ребенок попадает во власть этого воплощения зла, он становится плохим с точки зрения Суперэго. Ощущения безопасности нет, нет и надежды

на спасение. Единственный выход – убить демона вместе с собой. Так свел счеты со своим «Черным человеком» Сергей Есенин:

Я взбешен, разъярен,
И летит моя трость
Прямо к морде его,
В переносицу...
Месяц умер,
Синеет в окошко рассвет.
Ах ты, ночь!
Что ты, ночь, наковеркала?
Я в цилиндре стою.
Никого со мной нет.
Я один...
И разбитое зеркало...

Х. Хензелер (2001) указывает на роль нарциссизма в происхождении суицидоопасного кризиса. Нарциссические личности переживают утраты или их угрозу как катастрофу. Нарциссическая обида вызывает у них то чувство неполноценности, то превосходства. У них возникают фантазии оказаться во чреве матери, слиться со вселенной, обрести вечный покой и вечную жизнь. Д.Н. Оудсхоорн (1993) отмечает, что у двух третей суицидальных подростков выявляются инфантильно-зависимые и амбивалентные связи с матерями, в то время как сами матери были депрессивными и суицидальными. Суицидальность этих подростков основывалась на идентификации с матерью, со стороны которой они не получили достаточно любви и привязанности.

☺ Вот что будет с тобой, если ты не перестанешь грызть ногти!
Уилл Роджерс о Венере Милосской

Происхождение агрессивности

Убийство – это одна из форм нашей блуждающей скорби.
Р.М. Рильке

Склонность к совершению преступлений наследуется: уровень соответствия у однояйцевых близнецов составляет 48 %. З. Фрейд объяснял богатство и разнообразие явлений жизни сотрудничеством и соперничеством двух различных инстинктов – жизни и смерти, никогда не действующих поодиночке. Чтобы не уничтожить самого себя, человек разрушает внешние объекты. А. Адлер рассматривал агрессию как компенсаторное проявление борьбы за власть – насилие цивилизации над дикой природой и самоутверждение «маленького человека» за счет «больших». Э. Фромм различает агрессию как инстинкт, унаследованный от животных, и специфические влечения человека к разрушению и садизму, жажду собственности и власти.

Анализируя психические механизмы агрессии, А. Фрейд обращает внимание на то, что при агрессивных проявлениях, как и при либидинозных, наблюдается напряженное возбуждение и следующее за разрядкой облегчение; если же разрядка заблокирована, возникает страдание. Она отмечает, что в борьбе как с либидо, так и с агрессивным влечением используются одни и те же защиты.

«Среди них: отказ в удовлетворении, подавление, реактивное образование (замена неприемлемых мыслей и чувств на диаметрально противоположные), проекция (представление себя в роли объекта влечения), отождествление, перевод влечения с объекта на себя, перевод пассивного влечения в активное».

(Фрейд А., 1999, с. 344)

В то же время А. Фрейд указывает, что ненависть, в отличие от любви, не бывает постоянно привязана к одному объекту. Привязанность же параноика к своему врагу объясняется обращением либидо.

Примером проекции может служить характеристика, данная Черчиллю Гитлером:

«Вот уже более пяти лет этот человек подобно сумасшедшему рыщет по Европе в поисках, где бы что-нибудь еще поджечь. К несчастью, ему снова и снова удается находить продажных правителей, готовых открыть двери своей страны этому международному поджигателю».

(Кох-Хиллебрехт, 2003)

Существуют специфические защиты, используемые для ограничения агрессии. К ним относятся: отождествление с агрессором как средство перевода пассивного влечения в активное; смещение объекта с человека на животное или неодушевленный предмет; отмена; делегирование, когда ответственность за совершенное агрессивное действие переносится на другое лицо или внешнее воздействие либо личность запрещает агрессию себе, но получает удовлетворение от агрессивного поведения других.

Г. Аммон (1995) выделяет деструктивную форму агрессии, которая проявляется вовне отреагированием, сексуальностью, преступностью, разрушительными фантазиями в отношении внешних объектов, разрывом отношений.

Внутри она проявляется психосоматикой, депрессией, манией, суицидом, виктимным поведением, самоповреждениями или запущенностью.

По Гартману (2000), агрессивная разрядка может сама по себе переживаться как удовольствие. Подготовка к ней сходна с предвкушением удовольствия или с повышением

напряжения, а завершение агрессивного акта сопровождается чувством насыщения или удовлетворения. *Цели* агрессии изменяются под влиянием четырех типов конфликтов. 1. Агрессия и либидо могут вступить в конфликт, когда катексис обоих влечений направляется на один и тот же объект (конфликт влечений). 2. Реакция объекта на попытки завершения агрессивных актов может представлять опасность для индивида (конфликт с реальностью). 3. Эго, уже частично идентифицировавшееся с объектом, может подготовиться к этой опасности, но ему могут помешать завершить агрессивный акт (структурный конфликт с участием Эго). 4. Конфликт с моральными ценностями (структурный конфликт с участием Суперэго). *Влияние* агрессии изменяется четырьмя способами: 1) смещение агрессии на другие объекты; 2) затруднения в осуществлении целей агрессивных импульсов; 3) сублимация агрессивной энергии и 4) воздействие либидо.

Агрессивность может быть результатом ранних фрустраций, повлиявших на развитие личности. Однако ее широкое распространение в современном обществе, особенно тоталитарном, можно объяснить и культом насилия, ханжески прикрываемом моралью гуманизма. Р. Мэй пишет:

«Когда конгрессмен разражается тирадой против насилия, он, видимо, совершенно забывает, что, будучи ребенком, *он* бежал за пожарными машинами, *он* восторгался картинками боя быков и *он* также испытывал странное сочетание соблазна и ужаса, которое заставляет людей толпиться на месте несчастного случая. Мы отрицаем умом “тайную любовь к насилию”, которая присутствует во всех нас в некоторой форме, и в то же время нашими телами мы совершаем акты насилия. Подавляя сознание *факта насилия*, мы тем самым получаем возможность тайком предаваться наслаждению им... Мы будем сталкиваться со вспышками насилия до тех пор, пока людям будет недоставать значимых переживаний».

(Мэй, 2001, с. 198–199, 218)

Выходя из себя, человек преодолевает свои индивидуальные границы, «сливается в экстазе» с другими, с Богом или Дьяволом. Р. Мэй замечает, что мужчина ассоциирует огнестрельное оружие с фаллической властью – ведь оно изрыгает субстанцию, которая утверждает его жизнь за счет вселения в другого человека.

Л. Берковиц (2002) утверждает, что агрессивные банды нападают на людей ради удовольствия, получаемого от причинения боли, а также ради достижения ощущения силы и власти над другими. Крики жертвы о боли и мольба о пощаде вызывают у мучителя эйфорию, подкрепляют его агрессию и подогревают ее. Автор подчеркивает, что агрессивность часто является лишь одним из проявлений антисоциального поведения – обычно она сочетается с потреблением ПАВ, азартными играми, промискуитетом, изнасилованием, воровством, грабежами, нарушением правил дорожного движения, поджогами и актами вандализма. Автор обращает также внимание на связь агрессии с переживанием чувства стыда – у стыдливых людей часто обнаруживается высокая склонность к агрессии. По мнению автора, человек, испытывающий чувство стыда, вначале злится на самого себя за то, что своим поведением заставил себя усомниться в собственной ценности. Затем гнев переадресовывается тому, кто выразил недовольство его поведением и тем самым заставил пережить унижение. Как стыд является одним из наиболее глубоких и сильных аффектов, так и ярость бывает глубокой, неадекватной по силе вызвавшему ее событию. Злость, вызванная собственной осознаваемой неадекватностью, еще больше усиливает агрессию, доводя человека до бешенства: «Раз ты меня до этого довел, получай!» Во время чемпионата мира по футболу в Японии переживание нашего спортивного поражения спровоцировало погром в цен-

тре Москвы. Обида за державу трансформировалась у футбольных фанатов в месть столице и агрессию против стражей порядка – представителей власти.

Кроме стыда, готовность к агрессивному поведению усиливают такие личностные черты, как боязнь общественного неодобрения, раздражительность, готовность усматривать враждебность в чужих действиях, убежденность человека в том, что он в любой ситуации остается хозяином своей судьбы. Выделяют такие мотивы агрессивного и садистического поведения, как защита от реальной или предполагаемой агрессии со стороны окружающих, упоение полнотой своей власти над истязаемой жертвой, повышение самооценки во время совершения рискованных действий (Антонян, 1992, 2003).

Агрессивное поведение усиливается алкоголизацией, так как в состоянии алкогольного опьянения у человека повышается возбудимость, растормаживаются сдерживаемые в трезвом состоянии агрессивные импульсы, уменьшается способность адекватно оценивать ситуацию и свое поведение, отдавать себе отчет последствиях своих поступков. Определенное значение имеет также ожидание снисходительного отношения к пьяному человеку.

Усиливают агрессию и представления о допустимости агрессивных действий в определенных ситуациях. По американским данным, пьющие рабочие, одобряющие агрессию против жены, в восемь раз чаще наносят своим женам побои, чем непьющие «белые воротнички», не одобряющие рукоприкладство. При этом определенную роль играет «контрагрессия» жены, которая провоцирует насилие со стороны мужа. В связи с этим рекомендации всегда открыто выражать свои негативные чувства выглядят сомнительно.

М. Мичерлих в своей книге «Примеры для подражания исчерпаны», изданной в США в 1978 г., указывает, что родители, чья личность извращена коммунистическим бытием, не могут быть объектами идентификации для своих детей. У таких детей возникает дефект идентичности, сопровождающийся чувством внутренней опустошенности. В этом случае конфликт между отцами и детьми протекает острее обычного, так как конструктивное соперничество поколений заменяется местью бывших детей за разочарование в идеалах.

Бастиаанс (2001) на материале психосоматических больных выделил точки фиксации в развитии агрессии, на которых может останавливаться или к которым может регрессировать личность. Бегство от собственных побуждений и агрессивности наблюдается у маленьких детей, не имеющих еще целесообразных способов разрешения первых проявлений агрессии (см. выше тип «чрезмерно контролирующего себя» агрессора). Ребенок проявляет чисто деструктивное поведение, когда еще не может регулировать или сублимировать свои агрессивные импульсы. Протестующее поведение может быть позитивным, когда оно сливается с либидинозными побуждениями, и негативным. Садомазохистское поведение отмечается в тех случаях, когда конкурируют две тенденции: к борьбе и к бегству. Предпочтение соперничества через результаты проявляется в сублимации агрессии, когда ребенок стремится превзойти соперников в результатах продуктивной деятельности. Деструктивно–соперничающее поведение ведет к уничтожению соперников в борьбе за лидерство. Позитивно-соперничающее поведение состоит в том, что человек признает право соперника на существование только при условии, что чувствует свое превосходство в какой-либо сфере. Креативное и конструктивное поведение возможно, когда творческая личность способна следовать своим потребностям, в том числе потребности отдавать себя людям, которых она перестает воспринимать как средства для усиления своей власти.

Отсутствие эмпатии у агрессивных личностей может быть связано с аутистическими механизмами. У аутичных детей выделены следующие черты. 1. Отсутствие способности отличать живое от неживого. 2. Привязанность к неживым объектам наряду с неспособностью испытывать теплые чувства к матери и другим людям. 3. Отвергание любых попыток других людей установить с ними контакт. 4. Использование людей для исполнения своих желаний. 5. Почти полное отсутствие эрогенных зон и пониженная чувствительность к боли.

В проявлениях агрессии существует ряд половых различий. Мужчины обычно демонстрируют прямые формы агрессии, женщины – косвенные, скрытые: наговор на противника за его спиной, демонстрация обиды, игнорирование обидчика, разрыв интимных отношений. При этом мужчины чаще убивают мужчин, а женщины становятся жертвами супружеского насилия и сексуальной агрессии. Несомненна связь полового возбуждения и сексуальной агрессии. По данным опросов, каждая вторая женщина и каждый четвертый мужчина подвергались различным формам сексуальной агрессии.

☺ Если бы я знал, на что я так зол, я бы не был так зол.

Миньон Маклофлин

Измерение агрессивности

Наиболее часто для измерения агрессии и враждебности используется опросник Басса-Дарки. Агрессия определяется как «как ответ, содержащий стимулы, способные причинить вред другому существу». Враждебность определяется авторами как реакция отношения, скрытая вербальная реакция, которой сопутствуют негативные чувства (злая воля) и негативная оценка людей и событий. Они выделяют 2 вида враждебности: обида (негодование, зависть) и подозрение (недоверие), а также 5 видов агрессии: физическое нападение, косвенная агрессия (сплетни, злобные шутки), раздражение (вспыльчивость, грубость), негативизм (оппозиционность, антиавторитарность) и вербальная агрессия (крик, ругань, угрозы). В качестве сдерживающего фактора рассматривается чувство вины как реакция на неприемлемые формы поведения. Полностью опросник приведен Е.В. Змановской (2003).

Для исследования самооценки подростков используется Фрейбургская шкала агрессивности:

Обведите кружком «Да», если этот ответ на соответствующий вопрос имеет к вам отношение, и «Нет», если вопрос вас не касается.

1. Я знаю, что ребята за моей спиной говорят обо мне плохо.
2. Я редко даю сдачи, когда меня бьют.
3. Я быстро теряю самообладание, однако так же быстро успокаиваюсь.
4. Если мне при размене денег дают на 1 рубль больше и если я его беру, то позднее меня мучают сильные угрызения совести.
5. Я могу так рассвирепеть, что буду, например, бить все подряд.
6. Честно говоря, мне иногда доставляет удовольствие мучить других.
7. Если по отношению ко мне кто-то поступает несправедливо, то я желаю ему настоящего наказания.
8. Я верю в то, что за зло можно отплатить добром и в соответствии с этим действую.
9. У меня иной раз бывают трудности с родителями.
10. Если грубо обращаются с кем-нибудь из моих друзей, то мы вместе думаем о наказании.
11. Собака, которая не слушается, заслуживает удара.
12. С ребятами, которые победнее, чем я мог ожидать, я держусь осторожнее.
13. Если я должен для защиты своих прав применить физическую силу, то я так и делаю.
14. У меня часто бывают разногласия с другими.
15. Мне кажется, что большая часть дурных поступков однажды будет наказана.
16. Когда я разъярен, я охотно освобождаюсь от этого состояния во время физической работы.
17. Раньше я иногда охотно мучил других, например выворачивал руки, держал за волосы и т. п.
18. Иногда я себе представляю, какие ужасы должны были бы произойти с теми, кто ко мне несправедлив.
19. Я могу припомнить, что однажды был так рассержен, что взял первую попавшуюся под руку вещь и разорвал или разбил ее.

20. Сочинение: «Как я представляю себе свои права и возможности наказать другого человека за его неправильные действия и поступки».

Оценка уровня семейной агрессии глазами ребенка производится с помощью шкалы М. Штрауса и С. Штайнметц (Карсон, Батчер, Минека, 2004).

Это список того, что твои мама и папа могут делать, когда у них конфликт. Вспомни все, а не только самые серьезные размолвки, и укажи, как часто при этом каждый из них совершает поступки, перечисленные ниже. Используя расшифровку, обведи кружком число, которое лучше всего показывает, как твои мама и папа решают свои проблемы.

0 = Никогда 1 = Почти всегда 2 = Иногда 3 = Почти всегда 4 = Всегда

- А. Стараются обсуждать спокойно
- Б. Обсуждают вопрос спокойно
- В. Ищут информацию для решения вопроса
- Г. Призывают кого-то еще, чтобы рассудили и помогли
- Д. Много спорят, но не кричат и не визжат
- Е. Кричат, визжат и оскорбляют друг друга
- Ж. Надуваются и отказываются разговаривать
- З. Бросают что-нибудь (не друг в друга) или разбивают что-то
- И. Бросают что-нибудь друг в друга
- К. Выбегают из комнаты
- Л. Толкают, хватают или тащат друг друга
- М. Бьют (или пытаются ударить) другого чем-нибудь тяжелым
- Н. Угрожают ударить или бросить чем-нибудь друг в друга
- О. Бьют (или пытаются ударить) другого, но не чем-нибудь

☺ Ненависть связывает крепче, чем любовь. Человек, которого мы ненавидим, занимает наши мысли дольше, нежели тот, кого мы любим.

Яков Клацкин

Принципы психотерапии

Когнитивно-поведенческая терапия агрессивных и аутоагрессивных аддиктов включает следующие приемы: а) направляемое осознание, позволяющее пациенту признать стереотипные дисфункциональные паттерны интерпретации; б) исследование идиосинкразического значения, поскольку эти пациенты часто интерпретируют свои переживания в необычной или преувеличенной манере; в) указание на неточные выводы или искажения, призванное заставить пациента осознать свою необъективность или неразумность отдельных автоматических паттернов мышления; г) совместные эмпирические выводы – работа с пациентом по проверке обоснованности его убеждений, интерпретаций и ожиданий; д) исследование объяснений пациентом поведения других людей; е) перевод преувеличенных интерпретаций в измеряемые величины, направленный на противодействие обычному дихотомическому мышлению; ж) перераспределение ответственности за действия и их результаты; з) преднамеренное преувеличение – сведение мысли к крайности, что упрощает ситуацию и облегчает переоценку дисфункционального умозаключения; и) исследование преимуществ и недостатков поддержания или изменения убеждений или форм поведения и выяснение первичной и вторичной выгоды; к) преодоление катастрофического характера мыслей пациента – предоставление пациенту возможности, во-первых, осознать свою склонность всегда ждать наихудшего исхода и, во-вторых, противостоять этой склонности.

При *аверсивной* терапии агрессивных аддиктов в качестве средства воздействия обычно применяют электрические разряды. При этом требования к пациенту постепенно ужесточаются. Например, вначале наказываются агрессивные действия, затем угрозы, а потом и обвинения других или жалобы на них. Однако аверсивная терапия эффективна лишь при соблюдении следующих условий: 1) нежелательное действие и наказание должен разделять небольшой промежуток времени; 2) наказание должно быть неотвратимым; 3) оно должно быть достаточно строгим и неприятным.

В программу контроля раздражительности входит обучение навыкам расслабления, а также самовнушению на каждом из 4-х этапов развития провоцирующего события. 1. Подготовка к провоцирующему событию: «Если меня выведут из состояния душевного равновесия, я буду знать, что мне следует делать» или «Я смогу справиться с этой ситуацией. Я знаю, как контролировать свой гнев». 2. Наступление провоцирующего события: «Будь спокоен. Продолжай расслабляться», «Ты не должен подвергать себя испытанию» или: «Жаль, что этот человек ведет себя подобным образом». 3. Преодоление возбуждения и волнения. «Мои мышцы начинают напрягаться. Время расслабиться» и «Я не собираюсь активно вмешиваться в происходящее, но и не буду оставаться совсем безучастным». 4. Размышления о провоцирующем событии. «Эта ситуация оказалась слишком сложной, чтобы справиться с ней сразу, потребуется дополнительное время» или: «Это оказалось не так трудно, как я себе представлял», «Все могло оказаться гораздо хуже».

Ассертивный тренинг особенно полезен для пациентов с низким уровнем контроля над агрессивными и аутоагрессивными импульсами. В основе их поведения может лежать неуверенность в себе. При этом человек может вести себя высокомерно: комплекс превосходства способен компенсировать комплекс неполноценности. Для избавления от чувства неполноценности пациенту следует перестать сравнивать себя с другими, полностью и безраздельно сосредоточиться на актуальной проблеме. Необходимо отказаться от стремления быть выше других, это способствует уравновешенности, помогает преодолеть инерцию и улучшает самооценку. Обучение начинается с оценки степени уверенности в себе. Применяется метод самоконтроля, когда ежедневно заполняется журнал домашней работы. Навыки

уверенного общения вырабатываются по методу репетиции поведения, с помощью структурных ролевых игр (Лазарус, 2001).

В тренинге ассертивности существенную роль играют следующие техники. Диалог чувств – свободное выражение в словах спонтанно возникающих эмоций, эмпатическое выражение дружеских чувств. Мимический диалог – выражение и демонстрация эмоций. Намеренные возражения и нападки, когда партнеры не согласны друг с другом. Намеренное и частое употребление слова Я. Выражение согласия с похвалой в свой адрес. Больше импровизации, меньше планирования.

Современные ассертивные группы делятся на 4 типа: центрированные на ролевых играх, темоцентрические, комбинированные (с тренингом самосознания и коммуникативных навыков, с трансактным анализом), а также неструктурированные группы, ориентированные на текущие индивидуальные проблемы участников. Выделяют пять способов выражения уверенности:

- 1) базовый – прямое сообщение;
- 2) эмпатический – говорится о предполагаемых чувствах партнера;
- 3) выражение уверенности по нарастающей, если продемонстрированная уверенность не приносит результатов;
- 4) конфронтация – напоминание оппоненту о его невыполненных обещаниях и конкретные пожелания, требования;
- 5) монолог – описание неприемлемых действий партнера, собственных чувств и пожеланий в связи с этим.

Одна из наиболее распространенных методик ассертивного тренинга – *репетиция поведения*, которая представляет собой ролевое проигрывание все более сложных жизненных ситуаций. Ключевые компоненты методики – моделирование, инструктаж, подкрепление (поощрение и вознаграждение за желательное поведение). Группы обычно состоят из 6–12 человек, они занимаются 2–3 раза в неделю по 1–2 часа. Состав группы однороден по проблеме (агрессивные подростки, жестокие родители и т. п.) и по уровню дефицита социальных умений. Этапы процедуры:

- 1) определение поведенческой мишени (постановка задачи);
- 2) инструктаж (предложение упражнения, советы по его выполнению, поддержка);
- 3) разыгрывание ситуации;
- 4) моделирование желательного поведения;
- 5) отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
- 6) получение обратной связи (поведение активных участников в конце занятия обсуждается «аквариумом» – наблюдающей частью группы с максимальной поддержкой);
- 7) перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку.

С. Кратохвил (1991) ввел в широкую психотерапевтическую практику *тренинг конструктивной ссоры*. От партнеров требуется соблюдение следующих правил: тренинг может проводиться только после предварительного обучения и с согласия обеих сторон; выяснять отношения следует сразу после возникновения конфликтной ситуации; все стороны должны принимать активное участие в ссоре; ссора должна касаться только предмета спора; обобщения («ты всегда», «ты вообще») недопустимы; не допускаются «удары ниже пояса», т. е. применение аргументов, слишком болезненных для одного из участников спора, например указания на дефект.

Стиль и результат ссоры каждый участник оценивает с помощью таблицы. Баллы за удачи и неудачи заносятся в разные колонки и в конце суммируются.

Конструктивная ссора

Параметр	Стиль ссоры	+	—	Стиль ссоры
Конкретность	Спор идет о конкретном поведении в настоящий момент			Говорят о посторонних вещах, прошлых поступках, обобщают
Вовлеченность	Оба активно нападают и защищаются			Партнер уклоняется от спора, обижается, прекращает спор
Коммуникация	Каждый говорит за себя, обдуманно и открыто, другой его понимает и отвечает			Каждый повторяет свое, плохо слушая другого, много скрытых намеков и ссылок на чужие мнения
«Честная игра»	Партнеры щадят уязвимые места друг друга			Партнеры используют удары «ниже пояса»

Оценка результатов ссоры: 1-й партнер: ____ 2-й партнер: ____ Общая оценка: ____

Параметр	Результат ссоры	+	—	Результат ссоры
Информативность	Узнал или понял что-то новое, чему-то научился			Не узнал ничего нового
Отреагирование	Обиды и претензии высказаны, напряжение уменьшилось			Напряжение осталось или усилилось
Сближение	Улучшилось взаимопонимание, повысилось уважение к себе и партнеру			Партнеры чувствуют себя непонятными и обиженными, отдалились друг от друга
Улучшение	Найдено компромиссное решение, обсуждено дальнейшее поведение			Сотрудничество и уступки отсутствовали, решение не найдено

Оценка результатов ссоры: 1-й партнер: ____ 2-й партнер: ____ Общая оценка: ____

☺ Судья в ходе последиппломного образования познакомился с психологией и пытается фокусировать свидетеля на когнитивных процессах.

– Итак, вы хорошо видели, как обвиняемый ворвался в банк с пистолетом в руке? Где вы находились в тот момент?

– На тротуаре, в метрах 30-ти от входа в банк.

– И вы не подумали сообщить полиции? О чем, собственно, вы в тот момент думали?

– Ну, так точно я теперь уже не помню, но, пожалуй, вот что я подумал: «Ай-ай-ай!»

Сексуальная аддикция

Клинические формы

...секс люди в большинстве своем используют как наркотик – чтобы сбежать от действительности, забыть о своих проблемах, расслабиться.

И, как всякий наркотик, он обладает пагубным и разрушительным действием.

Пауло Коэльо

Для сексуальной аддикции характерна неспособность контролировать сексуальные импульсы; наличие вредных последствий сексуального поведения (хотя, как правило, аддикт это отрицает); проявления неуправляемости в других областях жизни; усиление частоты импульсов с течением времени; симптомы абстиненции при воздержании. У мужчины сексуальная зависимость может проявляться в потребности, чтобы женщина обнажалась перед ним определенным образом или участвовала в специфических половых действиях. Сексуально зависимой женщине может быть необходимо, чтобы мужчина выполнял какой-то ритуал в виде определенных слов или действий. Сексуальная аддикция часто сочетается с алкоголизмом и трудоголизмом.

Для мужчины секс – это наркотик, если он:

- постоянно поддерживает сексуальные отношения с несколькими женщинами сразу;
- может в присутствии своей подруги склонять другую женщину к сексуальной связи;
- не понимает, почему это вызывает столь резкую реакцию у его подруги и окружающих;
- способен продемонстрировать раскаяние в этой ситуации, только если все закончится шумным скандалом;
- то и дело клянется, что будет хранить верность, но может нарушить обещание уже через час;
- тщательно сортирует свои сексуальные связи – об одних готов рассказывать, другие пытается скрыть любой ценой;
- все время говорит о «ребятах», которые не пропускают ни одной юбки, – в его рассказах эти парни всегда на удивление милы и обаятельны;
- пытается убедить женщину, которая обнаруживает его измену, что «ей хотелось этого самой и ее это заводит».

Диагноз сексуальной аддикции ставится при наличии трех обязательных симптомов:

1. Аддикт испытывает неконтролируемое половое возбуждение. Несмотря на сильное желание избежать аддиктивного сексуального поведения, сопротивляться соответствующим импульсам не удается.
2. Аддикт испытывает выраженную тревогу, его внимание полностью сосредоточено на сексуальных желаниях, и он полон решимости удовлетворить их.
3. Половая активность становится единственным способом ослабить напряжение. Только после удовлетворения аддиктивной потребности удастся вернуться в обычное состояние.

Для постановки диагноза требуется также присутствие не менее пяти из восьми следующих особенностей:

1. Все помыслы аддикта заняты сексом и всем, что как-то связано с сексом.

2. Аддикт постоянно сексуально озабочен, он или занят половой активностью, или готовится к ней.

3. Аддикт безуспешно пытается контролировать себя и ослаблять сексуальные побуждения, прибегая к техникам самопомощи.

4. Секс имеет место чаще и занимает больше времени, чем это принято.

5. Аддикт жертвует важными социальными, деловыми и семейными обязанностями ради секса.

6. Аддиктивное поведение продолжается, несмотря на понимание человеком его негативных социальных, экономических, психологических и физиологических последствий.

7. Из-за повышения толерантности для достижения сексуальной разрядки аддикту приходится усиливать свою половую активность.

8. Наблюдаются симптомы раздражительности или беспокойства.

В динамике сексуальной аддикции выделяют четыре стадии: 1) обсессивная стадия с фиксацией на сексуальной тематике; 2) стадия ритуализации с разработкой и реализацией схем аддиктивного поведения; 3) стадия компульсивного сексуального поведения с эпизодами потери контроля и 4) этап отчаяния с суицидальными тенденциями (Короленко, Дмитриева, 2000).

К сексуальной аддикции относят навязчивую мастурбацию, сатириазис, донжуанизм и стриптоманию у мужчин, нимфоманию у женщин. Некоторые авторы относят к сексуальным аддикциям также истинный гомосексуализм.

Мастурбация (от лат. manus – рука и sturpo – осквернять) является широко распространенной формой сексуальной активности. В раннем возрасте она необходима для безопасной разрядки сексуального напряжения и полового развития. Навязчивая мастурбация проявляется в виде эксцессов, у детей – нередко импульсивно, без учета ситуации и окружения. Старович (2002) подчеркивает роль юношеских мастурбационных фантазий, которые могут определять будущее поведение мужчины и его сексуальные склонности. Если молодой человек во время мастурбации подробно представляет себе собственное поведение и поведение партнерши, видит в воображении определенный тип женщины, то этот сексуальный сценарий может затормозить половое удовлетворение от реального контакта. В результате он может предпочесть онанизм половой жизни с женой, которая будет испытывать чувство отвержения, стыда и неполноценности. Картины, воображаемые во время мастурбации, могут быть также источником гомосексуализма, эксгибиционизма, триолизма (секса втроем). Навязчивая мастурбация обычно сочетается с нарциссизмом (аутофилией, аутоэротизмом) – половым влечением к собственному обнаженному телу, возникающим при разглядывании его в зеркале или на фотографии.

Сатириазис и донжуанизм (F52.7). В древнегреческой мифологии Сатир – символ сексуального сластолюбца, полубог из свиты Диониса, изображаемый с человеческим торсом, но с ногами и рогами козла и конским хвостом. У больных сатириазисом при обычных половых контактах резко увеличивается их частота. Известно, что Берия использовал в качестве наложниц более 200 женщин. Другим вариантом гиперсексуальности у мужчин является донжуанизм, названный так по имени дон Хуана Тенерио из Севильи, легендарного покорителя женских сердец, послужившего прообразом всемирно известного литературного героя. Для донжуана характерна частая смена сексуальных партнеров из-за того, что первый же половой контакт вызывает сильное отвращение к данному объекту и одновременно – непреодолимое сексуальное влечение.

Стриптомания – зависимость от стриптиза, развивается у мужчин – завсегдатаев стриптиз-клубов. Во время сеанса стриптиза у них в крови обнаруживается повышенное содержание полового гормона тестостерона, эндоморфинов и мелатонина, вырабатывающегося во время сна (в стрип-барах обычно используются люминесцентные лампы, кото-

рые создают гипнотизирующее мерцающее освещение с частотой 10–12 Гц). В результате частого посещения подобных заведений обычная интимная жизнь, не сравнимая с искусственным «кайфом», перестает вызывать возбуждение, эрекция и оргазм ослабевают. При отмене развлечений возникает типичное абстинентное состояние.

У женщин наблюдается **нимфомания** (F52.7) (греч. *nymphē* – девушка, молодая женщина), или мессалинизм (по имени жены римского императора Клавдия Мессалины, известной своим распутством, властолюбием и жестокостью) – потребность в частой смене половых партнеров. При этом происходят компульсивные половые контакты с незнакомыми людьми любого возраста, а иногда и пола. Различают несколько форм этой сексуальной аддикции: 1) фригидная – женщина, страдающая аноргазмией, ищет партнера, с которым надеется испытать оргазм; 2) нимфоманическая – женщина нуждается в частом переживании оргазма; 3) спортивная – женщина стремится установить «рекорд» сексуальных побед; 4) меркантильная – аналогична проституции.

Промискуитет (лат. *promiscuous* – смешанный) – беспорядочные, «обезличенные» половые связи, в том числе родственные. Встречается преимущественно в асоциальной подростковой среде в сочетании с алкоголизацией. В дальнейшем, особенно у девушек, может сохраниться потребность в частой смене половых партнеров и неспособность к созданию прочной семьи.

Гомосексуализм – половое влечение к лицам своего пола; к аддикции относят истинный (врожденный, эгосинтонный) гомосексуализм. Для него характерны эпатирование окружающих людей нарочито сексуальным поведением, использование манер, одежды и внешних признаков лиц противоположного пола, возведение собственной нетрадиционной сексуальной ориентации в культ, подчинение ей всех иных ценностей жизни (Мельник, 1998). Описана триада врожденного гомосексуализма (активного у женщин и пассивного у мужчин): 1) с детства имеются незначительно выраженные соматические особенности, характерные для представителей другого пола; 2) транссексуализм и транссвестизм; 3) инверсия либидо (характерна и для ситуационно обусловленных форм гомосексуализма у активных мужчин и пассивных женщин).

По роли, занимаемой в партнерских отношениях, различают активных и пассивных гомосексуалистов, хотя нередко партнеры меняются ролями. Выделяют такие формы гомосексуализма, как взаимная мастурбация, орально-генитальные контакты (куннилингус – оральные ласки женских половых органов, фелляция – оральная стимуляция пениса), аннилингус – ласки языком ануса, а также анальный секс.

При женском гомосексуализме (лесбиянстве) практикуется трибадия (греч. *tribō* – тереть) – трение гениталиями о различные части тела партнерши или имитация коитуса с введением клитора во влагалище. Активные лесбиянки мужеподобны и часто утрируют свое маскулинное поведение: говорят низким голосом, носят мужскую прическу, одеваются в мужскую одежду, обладают резкими манерами, выполняют мужскую работу. Мужчины-гомосексуалисты, напротив, женеподобны, пользуются косметикой, подражают женским манерам, переодеваются в женскую одежду (гомосексуальный транссвестизм), чтобы привлечь потенциальных партнеров.

☺ Приходит мужчина к врачу:

– Доктор, помогите мне, пожалуйста. У меня над кроватью висит женский портрет, и я, как только на него посмотрю, не могу сдержаться и занимаюсь онанизмом.

– А вы мне принесите этот портрет.

На следующий день мужчина приносит портрет врачу.

Врач:

– А ведь вы, больной, себе неправильный диагноз поставили. Вы не онанист, а гомосексуалист. Это – Ломоносов.

Пример

Света, молодая симпатичная девушка, недавно приехала в Москву, где почти никого не знала. Одна из подруг втянула ее в групповой секс. Вначале она возражала, но подруга подбодрила: «Ничего, будешь пока “гляделкой”, понравится – включишься, никто насильно тащить не будет...». И Света втянулась. «Мы собирались довольно часто. Ощущения каждый раз бывали восхитительными. Трудно передать, что я испытывала, когда меня ласкали одновременно и мужчина, и женщина. Они все такие разные, и у каждого есть что-то свое, своя изюминка...». Но потом она испугалась: выяснилось, что секс с одним партнером больше не доставляет ей удовольствия. Вскоре началась сильная депрессия, развилось кризисное состояние.

К счастью, Света попала ко мне на ранней стадии аддикции. Я помог ей сменить среду. До вовлечения в групповой секс она увлекалась живописью, джазом. Я постарался найти ей друзей со сходными интересами. Правда, приятели из старой компании пытались завлечь девушку обратно. Но теперь я за нее спокоен. Человеку помочь не так уж трудно, если он сам этого хочет.

Что же заставляет людей искать иные формы сексуального удовлетворения взамен интимной близости двоих? Группа, по сравнению с одним человеком, дает чувство единения с какой-то общностью. Это уже большая семья, большое МЫ. Здесь свои теплые отношения, тут никто никому ничем не обязан. Здесь нет зависимости от человека, но есть зависимость от секса. Партнеры, как дети, объединены одной игрой и никакие другие отношения от нее не отвлекают. Отношения между ними довольно длительные, но группа собирается только для секса, он их сближает и объединяет. Трагедия людей, занимающихся групповым сексом в том, что они попадают в сильную зависимость от этого наркотика, особенно женщины. Дело в том, что мужчине легче сублимировать свою половую энергию в иную форму деятельности или времяпровождения. Тогда как у большинства женщин на первом месте ценность любви. Так что если алкогольные компании создают мужчины, то секс-группы – женщины. В моей врачебной практике не было случая, когда мужчина попал бы в столь же сильную зависимость от группового секса, в какой оказывалась женщина. В один половой акт вовлекаются сразу несколько человек, мозг получает многочисленные импульсы из разных эрогенных зон одновременно – после такого женщине трудно удовлетвориться ласками одного партнера.

В секс-группе есть своя структура, свое «ядро». Есть координатор – человек, наиболее авторитетный в компании, причем необязательно самый темпераментный в сексуальном плане. Это своего рода Отец. Он назначает время и место, распределяет роли, с ним советуются, когда хотят привести новичка. Есть женщина – Мамочка, создающая уютное, домашнее настроение. Обязательно существует Принцесса – самая сексапильная, заводная. И, конечно, ее мужской аналог – неутомимый «бычок-производитель», Мачо. Остальные находятся на второстепенных ролях. Когда в группу приводят новенького, это «ядро» опекает и ведет его.

☺ Дочь возвращается домой под утро. Отец строго спрашивает:
– Ну? И как это называется?

– Не знаю, папа. Но теперь это будет моим хобби.

Сексуальная агрессия

Какая часть полового члена наименее чувствительна?

Ответ: мужчина.

У мужчин гомосексуализм нередко сочетается с женоненавистничеством – избеганием женщин, отвращением и ненавистью к ним; у лесбиянок аналогично наблюдается мужененавистничество. Выраженный агрессивный компонент присущ таким парафилиям, как эксгибиционизм, вуайеризм, фроттеризм, фетишизм, педофилия и, разумеется, сексуальный садизм.

Выделяют (Кришталь, Григорян, 2002) три варианта перверсных актов. При *импульсивном* варианте осознанное побуждение к девиантной активности вне приступа отсутствует. При наступлении соматогенной или психогенной астенизации психическое состояние резко изменяется. Появляется чувство безысходности, отрешенности и безразличия к окружающему, собственные поступки воспринимаются как машинальные, окружающее воспринимается нечетко. Сексуальное влечение возникает внезапно и реализуется сразу, без учета обстановки и возможных последствий. При этом действия больного целенаправлены и соответствуют признакам определенной перверсии.

На выходе из этого состояния больные испытывают кратковременное чувство облегчения и одновременно протрации, вялости, расслабленности. Некоторое время сохраняются затруднения при контактах, растерянность, непоследовательность поступков. Свое поведение во время акта больной амнезирует и не идентифицирует с собственной личностью.

Компульсивный вариант характеризуется осознанием больным извращенности своего сексуального поведения, являющегося для него единственно возможной формой сексуальной активности. Влечение также нередко возникает на фоне астенического состояния, появляются дисфория, тревога, эмоциональная лабильность, нарушаются сон и аппетит. Влечение быстро приобретает доминирующий характер, занимает все мысли больного, в течение нескольких часов или суток сопровождается борьбой мотивов. Пытаясь побороть влечение, больные мастурбируют, совершают нормальные половые акты, пытаются занять себя как-то иначе. Однако сдерживание влечения лишь усиливает его, оно приобретает императивный характер. Реализация влечения происходит на фоне суженного сознания с искаженным восприятием окружающего и снижением критики к своему поведению. Наступает чувство облегчения, сменяющееся осознанием неадекватности совершенного. Произошедшее может частично амнезироваться, тем не менее настроение снижается, появляются идеи самообвинения и самоуничтожения, чувства стыда и раскаяния, вялость и разбитость.

Для *навязчивого* варианта свойственно наличие перверсного влечения в форме навязчивых мыслей, фантазий (в том числе мастурбационных) и эротических сновидений. В то же время реализация влечения долго отсутствует из-за крайней чувствительности больных к социальным и моральным запретам. На пике побуждения наблюдаются выраженные вегетативные реакции, снижение настроения, тревога, повышенная возбудимость, истощаемость, нарушение сна. Больные пытаются справиться с влечением с помощью специальной литературы, спорта и т. п. При декомпенсации имеющейся перверсии на фоне ясного сознания начинается реализация влечения, однако оно тут же прерывается чувствами стыда и раскаяния. Разрядки не происходит, снижается настроение, появляются идеи самообвинения.

Эксгибиционизм (F65.2) (лат. exhibitio – выставлять напоказ) состоит в обнажении полового члена перед девочкой или женщиной. Эксгибиционист почти никогда не пытается заняться сексом со своей «зрительницей», ему важнее вызвать шок, удивление, любопытство – важна любая эмоциональная реакция жертвы, во время которой актуализируются его

собственные сексуальные фантазии. Во время демонстрации половой член обычно эрегирован, эксгибиционист мастурбирует и эякулирует. Чаще всего эпизод происходит днем в общественном месте. Количество эпизодов может достигать до 100 в сутки. Обычно влечение усиливается у больных в состоянии скуки или стресса. Иногда они демонстрируют свои гениталии в определенное время в одном и том же месте. Более безопасный для них вариант – анонимные разговоры по телефону, сопровождающиеся мастурбацией. У женщин эксгибиционизм может проявляться в провокационной демонстрации ног как фаллического символа, а также в навязчивой склонности к куннилингу. При этом женщина стремится соблазнить мужчину и затем символически кастрировать.

Эксгибиционисты составляют треть всех задержанных сексуальных преступников, каждый четвертый акт эксгибиционизма совершается в состоянии алкогольного опьянения. Типичный эксгибиционист является тревожной, пассивной личностью с сильным чувством мужской несостоятельности. Половина эксгибиционистов женаты, однако их сексуальные взаимоотношения в браке неудовлетворительны. Многие из них не уверены в своей мужественности или боятся ее, а некоторые сохраняют сильную зависимость от матери-собственницы.

Вуайеризм (F65.3) (фр. voir – смотреть); синонимы – визионизм, микроскопия, скопофилия. Для достижения сексуального возбуждения больному требуется подглядывать за обнаженными, раздевающимися или совершающими половой акт людьми. Возбуждение обостряется, когда люди ничего не подозревают и у вуайериста есть риск обнаружить себя. Больного возбуждает также предвкушение того, что люди почувствуют себя униженными, когда обнаружат его. Как правило, он не испытывает желания заниматься сексом с теми, за кем подглядывает, а онанирует во время наблюдения или вспоминая о нем. Безопасный вариант – разглядывание порнопродукции. Эквивалентом вуайеризма может служить также вторжение в личные записи и переписку человека (вспомните гоголевского начальника почты Тяпкина-Ляпкина). Слуховым эквивалентом является подслушивание. Женский вуайеризм обычно проявляется в форме чрезмерного любопытства к личной жизни окружающих; кастрационный компонент расстройства обнаруживается в повышенном интересе к несчастным случаям, военным сценам и офицерам, а также в увлечении телефильмами со сценами насилия.

Фроттеризм, фроттаж (F65.7) (фр. froter – тереть) наблюдается обычно у мужчин, которые трутся гениталиями о бедра или ягодицы одетой женщины, незаметно для нее трогают ее гениталии или грудь. Как правило, это происходит при скоплении народа, чаще всего в транспорте. Мужчина воображает, что женщина отвечает на его чувства, и на пике возбуждения эякулирует. Большинство сексуальных аддиктов – мужчины, склонные к промискуитету, триолизму (сексу втроем), плюрализму (групповому сексу), педофилии и другим перверсиям.

Педофилия (F65.4) – половое влечение к детям, не достигшим 13 лет, при этом три четверти жертв педофилов – девочки. Различают любовь к мальчикам – собственно педофилию, и к юношам – эребофилию, а также корофилию – влечение к девочкам и партенофилию – влечение к девушкам-девушкам. Педофилия часто сочетается с фетишизмом – например, девочка должна быть «в школьной форме с фартучком». Классическое описание педофилии дано в романе В. Набокова «Лолита».

Садизм (F65.5) назван так по имени французского писателя маркиза де Сада (1740–1814), описавшего в своих произведениях расстройство, которым страдал он сам. Сексуальное возбуждение у больного происходит при грубом физическом или психическом воздействии на партнера или унижении его, вплоть до убийства с последующим половым актом. Наиболее распространенной формой сексуального садизма и самым частым половым преступлением является изнасилование, в котором различают следующие варианты: инди-

видуальное, инцестное, групповое изнасилование, вневагинальное изнасилование (оральное, анальное), а также изнасилование жертвы, находящейся в состоянии алкогольного опьянения, наркотического или естественного сна. Участниками группового изнасилования обычно становятся зависимые личности, их жертвой чаще всего становятся «гордые», подчеркнуто независимые девушки или женщины.

Гомицидофилия (влечение к убийству людей) часто сочетается с сексуальной аддикцией (сексуальный вампиризм, некросаизм). При сексуальном вампиризме саизм соединяется с фетишизмом. Роль фетиша играет вид и вкус крови сексуального партнера при царапании и укусах. При некросаизме некрофил испытывает особое наслаждение при расчленении трупа и прикладывании отдельных его частей к своему телу, что сопровождается мастурбацией или половым актом.

Некрофилия, некромания, ликантропия – половое влечение к трупам. Черты некрофилии прослеживаются в стремлении производить сексуальные действия в отношении тяжело больных, находящихся в бессознательном состоянии или спящих людей. Разновидностью являются садистические фантазии (например, со сценами насилия, видом крови), заканчивающиеся сексуальной разрядкой.

Флагелляция (лат. flagello – бить, бичевать) – разновидность садизма, при котором половое возбуждение достигается путем бичевания. Партнера также колот острыми предметами, прижигают горячей сигаретой и т. п. В связи с ростом толерантности для достижения возбуждения больным необходима все большая жестокость мучений. Вариантом флагелляции является *зоосаизм*, при котором сексуальное возбуждение возникает во время избияния и истязания животных.

Разновидностью флагелляции является также педагогический садизм, называемый также диппольдизмом по имени студента-юриста и домашнего учителя Андреаса Диппольда, который во время очередного эксцесса, направленного на достижение полового удовлетворения, забил своего ученика Хайнца Коха до смерти. Яркий пример педагогического садизма описал Н.В. Краинский. Его пациент чувствовал сладострастие, трепет и наслаждение, мучая учеников во время спрашивания уроков. С течением времени истязание опрашиваемых стало для него непреодолимой потребностью. Половое возбуждение он чувствовал только тогда, когда ученик «проваливался» на экзамене. В таких случаях у него бывали эрекции, а иногда и извержение семени. Максимальное удовлетворение он получал, когда ученики кончали самоубийством (Антонян, 2003).

☺ – Доктор, что мне делать?! Я зоофил. Неделью назад я совершил половой акт с молью.

– Интересно, а почему это вас, собственно, так волнует?

– Дело в том, что моль из ревности сожрала шубу моей жены...

Чикатило Андрей Романович, 56 лет. Серийный убийца, сексуальный маньяк, садист и людоед. Сейчас за решеткой клетки в зале суда – бледная маска с опущенными глазами и тупо приоткрытым ртом. Судья задает вопросы: «С какой целью кололи столько раз жертву ножом?», «Зачем откусили язык?», «Куда девали половые органы, что делали с ними?» Маска моргает, глухо бормочет одно и то же: «На следствии записано правильно... Добавить нечего... В деталях не помню, прошло уже много времени...».

Судебно-психиатрическая экспертиза признала его вменяемым. Интеллигент: филолог по образованию, педагог по профессии, специалист по радио (закончил училище связи). Идеино зрелый: член КПСС, закончивший четыре разных факультета университета марксизма-ленинизма, работал председателем городского спортивного общества, водил школьников в походы; хороший семьянин: отец двоих взрослых детей, заботливый муж, любящий дедушка.

До перестройки он был тихим, робел перед начальством, выглядел неуклюже, все время держал руку в кармане, иногда его заставляли за онанизмом. Когда началась перестройка, он оживился, красноречиво и подолгу критиковал правительство, начал надоедать местным властям различными жалобами и претензиями, писал лично президенту по поводу жилья, жил в знаменитом палаточном городке у Кремля. После путча, уже находясь под арестом, написал тоже арестованному Лукьянову, к которому в свое время ходил на прием, возмущенное послание. Мол, обещал помочь, и ничем не помог, так тебе и надо. Во время следствия признавался, что в своих мечтах он видел себя большим политиком, а иногда и президентом.

В детстве сверстники часто дразнили и били его, он прятался от них; до 12 лет страдал ночным энурезом. Родители рассказали ему, что во время голода в 1933 г. они съели его старшего брата. После войны нередко с ужасом вспоминал окровавленные куски мяса, лужи крови, части трупов. В период голода в 1946–1947 гг. боялся, что его выкрадут и съедят.

В молодости он избегал женщин, боялся опозориться перед ними – хорошо, жену ему нашли (в 27 лет) в сексуальном плане непритязательную. История его преступлений началась в 1973 г., когда он преподавал русский язык и был старшим воспитателем в школе-интернате. Тогда он закрывался с какой-нибудь 14–15-летней воспитанницей в классе и грубо «приставал» к ней, разрывая одежду. Его уволили «по собственному желанию», и через пару дней он работал воспитателем в соседнем СПТУ. Он часто менял место работы, и везде ему прощали набеги в женские туалеты школ, «странные игры» с девочками, которых он заманивал к себе домой жвачкой.

В 1978 г. он совершил свое первое убийство. Перед этим учащиеся избили его, что было уже не в первый раз. С некоторыми из них он имел гомосексуальные отношения, причем выступал в них в пассивной роли. Пассивным гомосексуалистом, кстати сказать, он был и в армии, и в следственном изоляторе, где находился по подозрению в воровстве.

Свою первую жертву, 10-летнюю Лену, Чикатило отвел в укромное место, сорвал с нее одежду, «залез руками в ее половые органы», а когда она стала вырываться и кричать, испугался, навалился на нее и начал душить. Хрипы девочки и вид крови на руках вызвал у него сильнейшую разрядку с ярким оргазмом и последующим чувством облегчения: «как будто освободился от цепей». Труп он сбросил в реку и несколько вечеров не выходил на улицу – боялся повторить насилие.

В 1981 г. Чикатило начал свою страшную охоту – теперь он всегда ходил с портфелем, в котором находились ножи, веревки и вазелин. Он предпочитал охотиться в лесу, где чувствовал себя хозяином. За 12 лет он замучил 14 девочек, 18 девушек и молодых женщин, 21 мальчика и подростка. Задержали его случайно, срок задержания под стражей уже истек, и его надо было отпускать на свободу, поскольку не нашли никаких доказательств его виновности.

Он сам потребовал вызвать психиатра и в присутствии следователя рассказал ему историю своего превращения в чудовище. Рассказал, как приставлял нож к своему лобку и вонзал его в умирающую жертву, имитируя фрикции. Как откусывал и поедая соски и матки женщин, а также яички мальчиков (попытка импотента символически овладеть женщиной и забрать половую силу у мужчины).

«Ничего с собой поделать не мог; это доставляло мне неизъяснимое удовольствие. Почувствовал, что если сейчас не нападу, то потеряю сознание. Не могу сказать, с какой целью я это делал, но стоны, крики, агония давали мне разрядку и какое-то наслаждение. Одну девушку, которую я повел лесом, я искромсал ножом. Меня всего трясло, произошло семяизвержение. При виде крови начинал бить озноб, весь трясся, совершал беспорядочные движения. Я не обращал внимание на крики и стоны, не думал и о том,

что меня могут поймать. Я действовал как заведенный, резал, колол, бил не только жертву, но и ее одежду, деревья, кусты, траву, срывал и ломал ветки, разбрасывал части тела. Иногда долго носил их по лесу и только потом закапывал, уносил с собой нос, груди, кончик языка, матку, кишки, выбрасывал их неохотно, а когда нес их, меня это успокаивало. Когда резал ножом, то покачивался, имитируя половой акт. После всего чувствовал себя обессиленным; уже ничего не интересовало. Даже если, скажем, на вокзале милиция проверяла, чувствовал себя спокойно, но во время убийства был в полубоморочном состоянии. На половых органах срывал свое отчаяние, эти органы были причиной моего несчастья».

(Антонян, 2003, с. 50–51)

На суде всего один раз с Чикатило спала его привычная маска. На вопрос, что он делал после того, как жертва уже была растерзана, он с экстазом стал рассказывать, как кружил вокруг трупа по лесу, словно бы в опьянении, разбрасывал по деревьям одежду истерзанного, гнул и ломал ветки, чувствуя себя при этом победителем, властелином и леса, и своей жертвы, и чуть ли не всего мира!..

Он совсем не выказывал страха перед смертной казнью. По-видимому, он преодолел свой детский страх перед смертью, приняв ее облик (Антонова, 2002; Антонян, 2003).

Сексуальная аутоагрессия

Сексуальные мазохисты просят партнера связывать их, завязывать глаза, колоть, бить и унижать. Некоторые из них сами связывают себя, колют или наносят себе порезы. Описаны следующие сексуальные формы мазохизма.

Кандаулизм – сочетание эксгибиционизма с мазохизмом, когда обнаженную жену демонстрируют другим мужчинам. Эта патология наблюдалась у царя Лидии Кандавла. Художники, выставляющие изображения своей обнаженной жены, и мужья, склонные к три-олизму (секс втроем), могут иметь такую же девиацию.

Экскрементофилия, цикауизм – сочетание фетишизма с мазохизмом, роль фетиша играют человеческие выделения. Возбуждающими факторами могут служить вкус слюны, влагалищной смазки, семенной жидкости, запах пота, менструальных выделений, кала. Крайние варианты – урофагия (питье мочи) и копрофагия (поедание кала). Уролагния – половое возбуждение связано с актом мочеиспускания. Копрофилия – половое возбуждение стимулируется процедурой испражнения. Салиромания – сочетание садомазохизма с экскрементофилией, когда сексуальное возбуждение достигается при марании партнера или себя мочой, калом, грязью; сходной формой является клизмофилия. Один из вариантов – копро-лалия, скатология – непристойные разговоры, в том числе по телефону.

Танатофилия – мысли и фантазии о собственной смерти, ритуале похорон и реакции близких в качестве необходимой сексуальной стимуляции. Апотемнофилия, акротофилия – сексуальное влечение к ампутациям, приводит к ненужным операциям. Гипоксифилия – странгуляция (неполное самоудушение с помощью шарфа называется скарфингом [от англ. scarf – шарф]) и использование аноксии (кислородного голодания) для усиления сексуального возбуждения. В США ежегодно умирает примерно 250 скарфингеров. Речь идет о самоповешенных во время мастурбации женщинах и мужчинах.

На примере скарфинга удобно рассмотреть механизмы происхождения сексуальной аддикции. Скарфингеры не хотят покончить с собой, а стремятся лишь к «легкому удушению», накидывают петлю для того, чтобы получить особое удовольствие. Дело в том, что в сексуальном фольклоре бытует некий миф, что прекращение в момент оргазма притока крови к мозгу многократно увеличивает чувство экстаза. И у этого мифа есть определенные основания. Дело в том, что в головном мозгу находятся два центра эякуляции: корковый и подкорковый. Корковый центр обеспечивает сознательный контроль, например, когда надо оттянуть наступление или уменьшить проявления оргазма. Подкорковый центр, вместе со спинномозговым, включает семяизвержение, которое уже не остановить. Корковые клетки сложнее и чувствительнее к недостатку кислорода, чем клетки подкорки. Поэтому при удушении корковый центр оргазма отключается первым. В результате подкорковый центр рас- тормаживается, уровень сексуального возбуждения повышается.

К тому же сдавливаемые веревкой сонные сплетения бомбардируют мозг болевыми импульсами. Мозг реагирует на нехватку кислорода и боль противошоковой терапией: выбросом внутреннего морфия – эндоморфина. Экономная природа, однако, использует это же вещество как средство приятного подкрепления акта размножения: сладострастные ощущения во время сексуальной разрядки также обеспечиваются эндоморфином. И, наконец, опасение потерять контроль заставляет скарфингера максимально сосредоточиваться на своих ощущениях, и это обостряет их до предела.

Потребность в сексуальном допинге и аутоэротические тенденции вместо партнерской любви говорят о незрелости половой сферы скарфингеров. Известный авантюризм и тяга к риску свидетельствуют о подростковом уровне личности, когда самое главное – «что я могу», а интенсивность ощущений ценится больше, чем способ их достижения. Ценность

собственной жизни при этом еще недостаточно осознана и стоит ниже, чем чувственное удовольствие.

Большинству скарфингеров в детстве не хватало материнской ласки, и поэтому их тянет в «кайф», «балдеж», «расслабуху» – в нирвану материнской утробы, туда, где они были счастливы. Многие из них родились с обвитием пуповины, роль которой потом, возможно, и выполняет шарф.

Происхождение сексуальной аддикции

Гиперсексуальность может быть связана с избытком полового гормона тестостерона. Его название происходит от слова тестикулы – яички, поскольку у мужчин он вырабатывается в основном в яичках. Там же производится эстроген, тормозящий у мужчин либидо. У женщин тестостерона меньше, и он синтезируется в надпочечниках. Зато в женских яичниках вырабатывается больше эстрогена, который повышает у женщин половое влечение и обеспечивает переживание оргазма. На уровне головного мозга половую активность регулируют, в частности, медиаторы (межклеточные передатчики нервного импульса). Дофамин повышает либидо, а серотонин тормозит. Однако в большинстве случаев биологические механизмы играют в происхождении гиперсексуальности лишь вспомогательную роль.

О. Кернберг (2000б) выделяет три характерные особенности сексуального желания: 1) потребность во взаимном физическом проникновении и взаимной идентификации; 2) устранение границ между телами, полами, устранение эдипова соперничества; 3) агрессивное преодоление эдиповых запретов и чувства стыда, соблазнительное эксгибиционистское поддразнивание со стороны женщины и причинение боли со стороны мужчины.

Р. Мэй (1997) считает секс самым действенным наркотиком, который помогает забыть об обременительных аспектах эроса и страхе смерти. Сексуальные аддикты получают от секса необычно приятные переживания, несравнимые ни с чем другим в их жизни. Эти чувства помогают им уйти от реальных проблем, так как подавляют любые негативные эмоции: обиду, тревогу, печаль. Поэтому сексуальные аддикты не могут остаться без своих патологических защит, как бы не старались.

Как и при любой аддикции, у сексуального аддикта снижена самооценка. Это приводит к эмоциональной изоляции, единственным средством преодолеть которую становится телесная близость, т. е. секс. Сексуальные аддикты используют типичную аддиктивную защиту – отрицание. С ее помощью они преуменьшают опасность болезней, передающихся половым путем, нежелательной беременности, утраты значимых взаимоотношений. Как алкоголик оправдывает алкоголизацию необходимостью расслабиться, так и сексоголик использует рационализацию: сексуальная разрядка необходима для здоровья, нормальной трудоспособности и т. п. Как алкоголик повышает свою самооценку, хвалясь количеством выпитого, так и сексоголик навязчиво доказывает свою сексуальную состоятельность. В результате привыкания возникает необходимость повышать остроту сексуальных ощущений – часто менять партнеров, придумывать различные ухищрения и извращения. Половая жизнь становится смыслом существования сексуального аддикта, поэтому сексуальная неудача становится для него трагедией и иногда приводит к самоубийству.

В основе бегства от любви в гиперсексуальность может лежать интимофобия, которая формируется на основе чувства неполноценности, страхе инцеста, гомосексуализма и ответственности. При нимфомании часто обнаруживается следующая мотивация: я не имею собственной силы, но могу обольщать сильный пол; меня всегда будут бросать, если я не научусь обольщать; я обречена на одиночество – физическое или психическое, но в соитии я сливаюсь с другим человеком; мое тело порочно и отвратительно, но когда оно так желанно другому, мне легче.

А. Фрейд одним из основных факторов *гомосексуального* поведения мужчин считала стремление к обретению мужской идентичности через идентификацию в сексуальном контакте с партнером того же пола. Существует также предположение, что из-за первоначального слияния с матерью чувство женственности больше укрепляется в женщинах, чем чувство мужественности у мужчин. Мужчины вследствие их первоначального слияния с матерью могут быть более склонны к бисексуальности и развитию перверсий. Современные

исследования выявили роль генетики в развитии гомосексуализма: у однояйцевых близнецов уровень соответствия составляет 50 %.

Ч. Сокаридес (1998) следующим образом систематизировал психодинамику, характерную для мужчин с истинным гомосексуализмом.

- потребность совершить гомосексуальный акт является импульсивной, он играет роль наркотика, необходимого для поддержания телесного Я и чувства собственного достоинства перед лицом угрозы предстоящей дезинтеграции личности;
- продолжающееся всю жизнь последствие первичной женской идентификации с матерью и, как следствие, чувство неполноценности в отношении собственной мужской идентичности; результатом является тотальное чувство женственности или недостаточное чувство мужественности;
- страх оказаться поглощенным и, как следствие, интенсивный страх, возникающий всякий раз, когда гомосексуалист пытается вступить в половые отношения с женщиной;
- продолжающееся действие архаичных и примитивных психических механизмов, например, инкорпорированных и спроецированных страхов;
- дефицит телесных границ Я, страх телесной дезинтеграции и патологическая восприимчивость к повреждению тела внешними объектами;
- переживание страха потерпеть поражение, потерять себя, быть уничтоженным в сновидениях, в которых больной боится оказаться заключенным в пещере, тоннеле или воронке, глубоко погрузиться в воду; эти сновидения объясняются страхом поглощения женским телом;
- гетеросексуальный акт не приносит удовлетворения или должен сочетаться с каким-либо извращением;
- агрессивные импульсы, массированно прорывающиеся из-за щита любви и симпатии, угрожают разрушить как отношения, так и партнера;
- гомосексуальные действия часто совершаются для того, чтобы избежать параноического развития личности;
- за очевидной склонностью гомосексуалиста к мужчинам скрывается поиск отцовской любви или эрзац-отца и в то же время желание отомстить отцу за то, что тот его не любит; стремление к мужской идентификации было фрустрировано холодом, апатией, пренебрежением со стороны отца или же доминировавшим у ребенка страхом стать помехой для матери; глубокое недоверие, ярость и обида на мужчин могут расцениваться как результат отцовского отказа защитить сына от властной матери;
- выраженное чувство неполноценности, которое может обостряться в связи с нападениями со стороны общества.

О. Фенихель (2004) подчеркивает, что *нимфоманки* обычно испытывают проблемы с оргазмом, они отличаются сильным страхом утраты любви и зависимостью от нарциссического удовлетворения, а также прегенитальной и садистической окраской сексуальности. У них выражена зависть к пенису; способ, которым они инкорпорировали его в свои фантазии, указывает на оральное происхождение их сексуальной агрессии. Их влагалище бессознательно означает рот.

Нарциссизм нередко развивается у истероидных личностей, изолированных в раннем возрасте от сверстников, в результате чего объектом их сексуального любопытства и любования стало собственное обнаженное тело и особенно его «тайные», запрещенные для разглядывания части – гениталии. Может наблюдаться желание слиться с другим человеком, который восхищенно отражает нарцисса, на самом деле – слиться со своим отражением. В основе защитной нарциссической грандиозности лежит ощущение собственной никчемности и страх быть отвергнутым. За попытками подавления партнера пациенты скрывают

пониженную самооценку, секс с постоянным партнером им скучен, и они вступают в беспорядочные половые связи с целью самоутверждения.

Педофилия и партенофилия развиваются у мужчин, испытывающих неуверенность в своих сексуальных возможностях перед зрелой женщиной. Кроме того, мужчина может получать наслаждение от «невинности, непорочности», неопытности партнерши и возможности выступать в качестве обучающего, преодолевая ее робость и стыдливость (проективная идентификация). Наблюдаются обычно у молодых людей с задержкой психосексуального развития и одиноких пожилых мужчин с инволюционным снижением потенции, обычно консервативных и невежественных в сексуальной сфере, религиозных моралистов. Нередко эти люди в детстве сами были жертвами сексуальных преступлений.

Эребофилия наблюдается обычно у женщин с половыми расстройствами, которых привлекает неопытность юношей и, следовательно, меньшая вероятность осуждения их сексуальных действий, а также юношеская гиперсексуальность. В основе *геронтофилии* нередко лежит неразрешенный эдипов конфликт. Она может развиваться в результате детской идеализации деда или бабушки, при этом старческое тело играет роль своеобразного фетиша. Возможно также влияние потребности в покровительстве, а также опыта сексуального общения с педофилом.

Эксгибиционизм может развиваться у подростка после внезапного появления взрослых во время мастурбации. Как и вуайеризм, он связан с фиксацией на гениталиях из-за страха кастрации. При этом жена эксгибициониста обычно доминирует, замещая мать, к которой больной в детстве был слишком привязан из-за невозможности идентифицироваться с чрезмерно авторитарным отцом. Демонстрация пениса женщине (обычно девочке или девушке) в качестве фаллического символа силы и изначального превосходства своего пола служит компенсацией испытанного в детстве чувства неполноценности и унижения.

Вуайеризм трактуется как пассивная форма эксгибиционизма, которая служит предложением партнеру обнажиться; как садистское проникновение в объект, который не дает себя; как символическое выражение желания насильственно прервать первичную сцену, проникнуть в интимную тайну родителей и отомстить им. Фенихель (2004) объясняет вуайеризм как попытку избавиться от страха кастрации, возникшего у ребенка, когда он впервые увидел гениталии взрослого. Затем вуайерист повторяет эту сцену, чтобы убедиться, что ему нечего бояться. При триолизме и плюрализме достигается победа над эдиповым соперником, осуществляется месть дразнящему и отказывающему эдипову родителю, экстатическое слияние с ним.

В личности сексуальных *насильников* выделяют следующие черты: глубинная эмоциональная связь с матерью при одновременном пренебрежительном и презрительном к ней отношении, чувство страха и ощущение собственной ничтожности перед отцом. Характерны разделение или даже противопоставление секса и эмоций, сексуальный эгоцентризм, непонимание и неприятие идеи партнерства, агрессивная форма проведения сексуальных контактов как отражение гинекофобии (страха перед зрелой женщиной) и неуверенности в себе как в полноценном партнере.

Сексуальный *садизм* отражает потребность в доминировании для компенсации своей беспомощности в период эдиповой фазы. Лица, склонные к сексуальной агрессии, слабо устойчивы к стрессу, для них характерны низкий аффективный самоконтроль, повышенная тревожность, неадекватная обстоятельствам агрессивность. Основными мотивами сексуальных садистов, по Фенихелю (2004), являются: «Я не кастрат, я кастратор» и «Я буду мучить тебя до тех пор, пока ты не простишь и не полюбишь меня».

Полагают (Ткаченко, Якубова, 1992), что сексуальные садисты самоутверждаются в гипермаскулинной роли потому, что страдают от своих женоподобных черт, которые появляются в результате нарушения процесса половой идентификации. Их аутоагрессивные побу-

ждения преобразуются в гетероагрессивные и садистические путем формирования влечения, противоположного существующему. Лежащий в основе расстройства «первичный мазохизм» развивается на ранних этапах формирования сексуальности в результате оральной фрустрации.

Сексуальный *мазохист* преодолевает страх перед болью, демонстрируя свою невосприимчивость к ней. Еще важнее для него испытать чувство рабской покорности и беспомощности перед беспредельной властью партнера. Мазохизм нередко формируется в подростковом возрасте под влиянием грубого сексуального или физического насилия (абьюза), перед которыми подросток был беззащитен. При мазохизме пенис партнера воспринимается как замена материнской груди.

3. Фрейд считал мазохизм вторичным явлением, рассматривая его как поворот первичного садизма (инстинкта смерти) против собственного Я под влиянием чувства вины, вызываемого суровым Суперэго. Символы самокастрации используются для того, чтобы избежать настоящей кастрации. Фрейд связывал развитие мазохизма также с женским стереотипом пассивного и рецептивного, отзывающегося поведения. Он пишет:

«Эрогенный мазохизм участвует во всех фазах развития либидо, заимствуя у них свои меняющиеся психические облачения. Страх быть съеденным тотемным животным (отцом) происходит от примитивной оральной организации; желание быть битым отцом – от следующей за ней садистско-анальной фазы; как некий осадок фаллической ступени организации в содержание мазохистских фантазий вступает кастрация, хотя позднее она и отклоняется. Из окончательной же генитальной организации выводятся, естественно, ситуации, в которых мазохист выступает объектом коитуса и субъектом деторождения, характеризующих женственность. Легко можно понять также и роль ягодиц в мазохизме, независимо от ее явного обоснования в реальности. Ягодицы являются эрогенно предпочитаемой частью тела в садистско-анальной фазе, подобно тому как грудь – в оральной, а пенис – в генитальной фазе».

(Фрейд, 2002, с. 357)

Фрейд подчеркивает, что мазохисты обычно ищут повреждений и боли всех видов, за исключением повреждений и боли, затрагивающих гениталии. Рассматривая моральный мазохизм, Фрейд отмечает, что он ...

«создает искушение совершать “греховные” поступки, которые должны затем искупаться упреками садистской совести (как это часто бывает у столь многих русских типов характера) или наказанием, исходящим от великой родительской силы судьбы».

(Там же, с. 363).

О. Фенихель (2004) интерпретирует мазохизм зависимых личностей как защитную регрессию к орально-рецептивному уровню реагирования с целью восстановления союза с родительской фигурой. Подчеркивание собственной беспомощности и ничтожности подразумевает призыв к милосердию, обращенный к агрессору или защитнику. Мазохистское поведение имеет и обвиняющий, садистический оттенок: «Посмотри, каким несчастным ты меня сделал!» Автор относит к проявлениям мазохизма также и аскетизм, рассматривая умерщвление плоти как искаженное выражение заблокированной сексуальности. Фенихель считает этот тип мазохизма анальным, поскольку он характеризуется сдержанностью и способностью к напряжению.

Матери сексуальных аддиктов могут использовать своих детей в качестве переходных объектов. При этом мать в общении с ребенком использует особые слова для обозначения

зон и функций тела, учит его по-своему называть различные аффективные состояния, определяет, какие мысли позволительны, а какие неприемлемы. Г. Аммон (1995) выявил, что у перверсно реагирующих пациентов взаимоотношения в диаде «мать – дитя» складывались следующим образом: матери, не понимая активных потребностей своих детей, могли осуществлять лишь клишированное, поверхностно ориентированное на социальную реальность поведение. Это воспринималось ребенком как отвержение и травма покинутости. В дальнейшем данное чувство отсекается от образа Я ребенка с помощью психологической защиты отрицания. Возникает «дыра в Я», динамика которой определяется регрессивным стремлением к восстановлению утраченных взаимоотношений с матерью.

Аммон разделяет патологическое сексуальное поведение на деструктивное и дефицитное. Деструктивная сексуальность характеризуется отщеплением личности от таких аспектов взаимоотношений, как идентификация с объектом, контакт и партнерство. Она лишает сексуальную встречу аффективного компонента и может служить средством для достижения несексуальной цели. Ее варианты: садомазохизм, эксгибиционизм, фетишизм, проституция и т. п. Дефицитная сексуальность выражается в форме импотенции, фригидности или отказа от секса. Она связана с интимофобией, нарциссизмом и дефицитной агрессией. Последняя проявляется в отсутствии потребностей и интересов, пассивном уединении от людей и вещей с чувством внутренней пустоты и скуки, вины, уступчивости, неспособности к установлению контактов.

Пример (из дневника клиентки).

Я вышла замуж за человека на 10 лет старше меня, хотя была влюблена в другого. С ним я чувствовала себя костром, вокруг которого пляшет сумасшедший абориген, то разжигая его до небес, то, испугавшись, заливая его водой. Потом в нем вспыхивает ненависть к костру, который погас, он топчет его, плачет, жалуется на холод, одиночество и страх, пока один уцелевший уголек потихоньку не начинает разгораться. И тогда все повторяется вновь. Но, возможно, когда-нибудь уголек не разгорится и костер навсегда остынет, либо спалит сумасшедшего аборигена...

За пять лет брака у меня сформировалась зависимость от переживания пиковых эмоций. Сначала муж доводил меня до стрессового состояния, либо страха, либо унижения, потом отчаянно просил прощения и умолял о близости, чтобы загладить свою вину. Близость начиналась с его страстного возбуждения после взрыва эмоций высокопарного примирения, а я была обессилена и опустошена. Первая волна сброшенного возбуждения приводила его ко второму пику эмоционального подъема, лавине бешеного отчаяния и ненависти по отношению к моей пассивности и холодности, а затем следовали мольбы хоть о капле любви. К этому времени во мне нарастало некое чувство вины и желание как-то уравновесить ситуацию. Но мои ласки он воспринимал как издевательство и насмешку, патетически отвергал меня, обзывал фригидной, дурой и шлюхой, а затем засыпал или уходил в другую комнату. После этого несколько дней он пребывал в хорошем физическом тонусе. Когда я пыталась сломать этот сценарий, он переставал разговаривать со мной на несколько недель или месяцев. Впрочем, это давало мне передышку.

Эти качели любви и ненависти, на которых все круче раскачивал меня муж, стали почти невыносимыми для меня, но наконец-то после выкидышей родилась дочь, и я стала вспоминать, что я сильная женщина.

В о время беременности я поняла, почему я не ушла от мужа. Помешала папина установка: женщина должна быть открытой и эмоциональной, а если

она сильная, зачем ей муж, семья... Кстати, муж был похож на папу своим бессилием в бытовых вопросах и чувством, что все его все время обижают. Они оба постоянно думали о себе с жалостью и звали на помощь. А мамыны замечательные установки: верь в себя, ты сильная, женщина в семье несет ответственность за мужчину... Они почти что угробили меня как женщину и как супругу.

Теперь я подозреваю, что не уходила так долго потому, что меня затанули наши садомазохистские отношения. Когда я начала встречаться со своим будущим вторым мужем, с которым у нас были глубокие эмоциональные отношения любви, в близости я вдруг ощущала нехватку отрицательных стимулов. Он похож на мою маму: дипломатия, избегание конфликтов, внимание, забота. И я начинала вести себя как мой папа и первый муж!

Возник вопрос: почему сильные эмоции обязательно должны быть отрицательными, если я обожаю своего мужа? У меня есть мамина установка: верь в себя, ты все сможешь, только трудись; папина: женщина должна быть открытой, горячей и нежной, и установка первого мужа: чувства должны быть на пике. Сейчас во мне интегрировалось гармоничное и ясное осознание: я сильна и горяча в своей любви, открыта в своей нежности, а сила моих чувств такова, что может изменить мир. Девушкой я мечтала о такой любви; когда я повзрослела, я решила, что так бывает только в поэзии и литературе. Мне понадобилось 20 лет, чтобы осуществить свою мечту!

☺ Бизнесмен – психиатру:

– Доктор, помните, прошлым летом вы посоветовали: чтобы отвлечься от работы, нужно развлекаться с девочками?

– Да.

– Так посоветуйте, как мне теперь отвлечься от девочек и вернуться к работе!

Психотерапия

Прежде всего, следует помочь пациенту выделить ситуации, провоцирующие у него аддиктивное сексуальное поведение. Обычно они связаны с переживанием чувств тревоги, гнева или печали, которые нередко бывают вызваны ударами по самооценке. Важно найти альтернативные способы совладания с подобными переживаниями. Необходимо также научить пациента справляться со своими сексуальными импульсами путем фиксации на негативных последствиях аддиктивного поведения, при этом полезно обсуждать с кем-либо подобные побуждения, фокусируясь на пользе воздержания.

Навязчивая мастурбация у подростков требует следующих терапевтических мер: выяснение соответствия сексуального поведения возрасту; снятие напряжения, связанного со страхом по поводу возможных последствий онанизма; обсуждение личностных проблем пациента и его сексуальных фантазий; при работе с замкнутыми подростками, испытывающими трудности в общении, необходимо помочь им установить контакты со сверстниками.

При навязчивой мастурбации я применял следующую формулу самовнушения в процессе аутотренинга.

«Частое онанирование ослабляло мою нервную систему. Теперь она отдыхает, укрепляется. Самочувствие улучшается. Я становлюсь бодрее, жизнерадостнее, увереннее в своих силах. Чувствую себя здоровым, крепким мужчиной. Рядом с женщиной чувствую себя сильным. Близость женщины вызывает естественное половое желание, нормальное половое влечение, освобождает дремавшую общительность, жизнерадостность. При мысли об онанизме чувствую безразличность и отвращение. И в постели, и в туалете мне противно думать об онанизме. Лечение укрепляет мою нервную систему. С женщиной я смел и уверен. В интимной обстановке чувствую себя сильным. Я становлюсь волевым человеком. Я способен всегда поступать так, как подсказывает мой разум. Выполняю свое решение до конца. Онанирование стало противным и отталкивающим. Все, что раньше вызывало желание онанировать, теперь мне безразлично. Теперь я свободен от прежнего желания онанировать. Теперь я сильнее этой привычки. Я бросил привычку онанировать раз и навсегда. Я хотел это сделать, и я это сделал. Стремление онанировать побеждено. Без женщины половое желание едва заметно. Его легко подавить усилием воли. Желание онанировать стало слабым и безразличным. Его легко оставлять без внимания. Голова свободная. Она освободилась от противоречивых стремлений. Ей легко сосредоточиться на любой мысли. Мысли спокойные и уверенные. Я легко владею собой».

В процессе аналитической терапии мужчин-гомосексуалистов важно интерпретировать отвращение пациента к противоположному полу, страх кастрации и оральной зависимости, а также страх пациента перед собственной деструктивностью и садизмом. Наибольшее сопротивление вызывает интерпретация попытки пациента стать мужественным через идентификацию с партнером и его пенисом в гомосексуальном акте. После того, как эта интерпретация проработана, пациент оказывается способным функционировать гетеросексуально, при этом он проходит через нарциссически-фаллическую фазу, в которой женщины служат лишь «мерилом» его пениса. Бессознательный страх поглощения – страх, что в кульминационный момент полового акта он растворится в женщине – является другой важной интерпретацией.

Х. Кохут (2003) предупреждает, что слишком быстрый переход терапевта к сексуальным проблемам при работе с перверсными пациентами может вызвать у них реакцию полового перевозбуждения. Подобная реакция маскирует и задерживает осознание пациентом ранней травмы, в которой сексуальность является одним из основных компонентов. Поскольку в основе сексуальной аддикции обычно лежит ангедония, при аналитическом лечении нужно быть готовым к развитию депрессии из-за ослабления эротизированных защит. В этих случаях приходится временно назначать антидепрессанты.

О. Кернберг (2000б) видит задачу лечения в том, чтобы полиморфные перверсные инфантильные фантазии и опыт пациента осуществились в глубоких объектных отношениях, где соединяются нежность, эротика и агрессия и могут проявиться наиболее глубокие конфликты, связанные с эдиповой ситуацией и кастрационной тревогой. Случаи эффективного психоаналитического лечения перверсий описаны, в частности, Ф. Каприо (1995).

Лица с деструктивным сексуальным поведением соглашаются на лечение после совершения ими половых преступлений, связанных с садомазохизмом, эксгибиционизмом, фетишизмом, проституцией. Некоторые из них гордятся своей нетрадиционной сексуальностью, что можно рассматривать как компонент инфантильного всемогущества, защищающего от осознания незрелости младенческой сексуальности по сравнению со взрослой.

Психотерапия сексуальных девиаций включает следующие этапы.

1. Разрушение паттерна аномального сексуального поведения с помощью телесно-ориентированной терапии, действующей на мышечный компонент паттерна, гештальттерапии, направленной на отщепление эмоционального компонента и НЛП, воздействующего на сенсорный компонент.

2. Купирование аффективных нарушений с помощью трансовых техник.

3. Психокоррекция расстройств половой идентичности в форме тренингов полоролевого поведения, выработки эмпатии к жертве и пр.

4. Выработка и реализация поведения, замещающего парафильное – например, с помощью рефрейминга.

При эксгибиционизме, вуайеризме, фроттеризме, садизме, фетишизме применяются аверсивные методы. Например, пациент мастурбирует, представляя сексуально адекватную сцену, до наступления эякуляции, а затем в течение часа мастурбирует с использованием фетиша или парафилических фантазий, пока они не перестанут вызывать возбуждения вследствие насыщения. Эффективен также метод маскируемой принудительной сенсibilизации, в ходе которой пациент вызывает в своем воображении сцены собственного девиантного сексуального поведения. В момент его наивысшего полового возбуждения ему дают понюхать пары вещества с сильным тошнотворным запахом с целью вызвать отвращение к этим сексуальным сценам.

Другим поведенческим методом является оргазмическая переориентация, при которой влечение переключают с необычного объекта на обычный. Так, фетишист обуви сначала обучается достигать эрекции при взгляде на фотографию туфель. Добившись эрекции, он приступает к мастурбации, глядя на фото обнаженной женщины. Когда приближается оргазм, он должен полностью сосредоточиться на обычном стимуле. Используется также тренинг по предупреждению рецидивов.

Поскольку больные парафилиями часто обвиняют своих жертв в провокационном поведении, принижают их и преуменьшают последствия своей сексуальной агрессии, с ними проводится когнитивная терапия. Психотерапевт помогает пациентам распознать их когнитивные искажения, обучает составлению самокоррекционных посланий, которые в ходе поведенческого тренинга становятся все более рефлексивными, автоматическими и способствуют нормализации сексуального поведения.

Педофилы и лица, практикующие инцест, нередко считают, что отсутствие сопротивления ребенка говорит о его согласии на половой акт со взрослым. Насильники зачастую не воспринимают всерьез негативных сигналов своей жертвы. Поэтому пациентов, которые сами нередко в прошлом претерпели насилие, заставляют обратиться к собственным переживаниям и связать их с тем, что испытала жертва. Пациентов также обучают адекватно реагировать на негативные сигналы в ходе коммуникативного тренинга с женщинами-партнерами.

Для несовершеннолетних сексуальных насильников создана программа реабилитации, ориентированная на осознание ими различий между безответственным и ответственным поведением, понимание цикла сексуального насильственного поведения, развитие сочувствия к жертвам, контроль девиантного полового возбуждения. В программу входит также преодоление когнитивных искажений, запускающих насильственные действия; выражение эмоций и высказывание всего того, что накопилось в душе; развитие доверия; коррекция изъянов в социальных навыках и предотвращение рецидива. Кроме того, разъясняются нормальные аспекты человеческой сексуальности, тренируются навыки межличностного общения, проводится обучение приемам сдерживания гнева.

При педофилии назначают принудительное стационарное лечение литием, финлепсином, сонапаксом, бромкамфарой, бензперидолом на фоне групповой терапии. Применяют также антиандрогенные гормоны, например ципростерон-ацетат («Андрокур»), блокирующий сперматогенез и тормозящий половое влечение у мужчин. Для химической кастрации используется депо-проверва и препарат «люпрон». Одновременно проводится тренинг по предупреждению рецидивов. При этом вначале пациенты вспоминают ситуации, провоцирующие у них фантазии или действия по отношению к детям (например, подавленное настроение). Затем их обучают избегать таких ситуаций или справляться с провоцирующими состояниями.

☺ Приходит к врачу женщина.

– Доктор, мне нездоровится: бессонница мучает, аппетита нет.

– Заведите себе любовника.

Через неделю – снова визит к врачу.

– Не помогает, все нездоровится.

– Заведите себе двух любовников.

Через две недели женщина опять прибегает к врачу:

– Доктор! Здоровье поправилось, но дайте мне справку для мужа, что я не проститутка, а лечусь!

Аддикция отношений

Безумная любовь

*О, как убийственно мы любим, Как в буйной слепости страстей
Мы то всего вернее губим, Что сердцу нашему милей!*

Ф. Тютчев

Еще древние греки выделяли шесть видов любви. *Эрос* – романтическая и сексуальная любовь, проникнутая страстным желанием полностью познать любимого человека. *Мания* – навязчивая, всепоглощающая и требовательная любовь, часто сопровождаемая болью и мучительной тревогой из-за неутолимой потребности во внимании объекта любви. *Людус* – сосредоточенная на себе, игривая любовь, своего рода состязание, в котором надо одержать победу. *Сторге* – дружеская любовь, прочная и безмятежная, возникающая между двумя близкими друзьями. *Агапе* – священная, благоговейная и сосредоточенная на любимом человеке любовь, всегда терпеливая, всепрощающая и кроткая. *Прагма* – практическая и рассудочная любовь (скорее – вера и надежда), появляющаяся только после того, как партнер оказался «хорошей партией».

Такие отношения, конечно, сохранились и у современных людей, но наша сегодняшняя классификация проще. *Платоническая* любовь – забота о другом человеке, нежность, самораскрытие и ощущение исключительности партнера. *Симпатия* – это влечение одного человека к другому, она включает хорошее отношение к этому человеку и ощущение сходства с ним. *Дружеская* любовь сочетает в себе симпатию, глубокую привязанность, понимание и заботу. *Страстная* любовь – это смесь нежности и сексуальности, восторга и страданий, мучительного беспокойства и облегчения, альтруизма и ревности.

Мужчины более «романтичны», быстрее влюбляются и медленнее изживают свою любовь. Они острее переживают разрыв, так как им труднее найти кого-то, кому можно довериться. С другими они делятся в основном своими взглядами на политику и своими успехами. Женщины чаще переживают чувства мучительного страдания и иступленного восторга и делятся в основном своими чувствами в отношении других людей и своими опасениями. Наиболее очевидным признаком влюбленности является стремление проводить с другим человеком как можно больше времени и желание что-то делать для него.

У самолюбивых людей эмоциональная зависимость вызывает неосознанное желание освободиться от нее, вплоть до чувства враждебности – как у Анны Ахматовой: «О, как ты красив, проклятый!». Не это ли чувство защитной враждебности породило любовь-игру (людус) и миф о войне полов? Вспомните Пушкина: «Чем меньше женщину мы любим, тем легче нравимся мы ей.//И тем ее вернее губим средь обольстительных сетей».

Такая любовь основана на отношении к живому человеку как к объекту, как к фетишу, «запускающему» любовную страсть. По этому поводу Э. Фромм сказал:

«Если человек испытывает любовь по принципу обладания, то это означает, что он стремится лишить объект своей “любви” свободы и держать его под контролем. Такая любовь не дарует жизнь, а подавляет, душит, убивает ее». По мнению Фромма, самоотверженная любовь не лучше: «Если человек способен любить творчески, он любит и себя тоже. Если он умеет любить только других, он не умеет любить вообще».

(Фромм, 1991, с. 141)

Любовную страсть могут стимулировать любые сильные переживания, сопровождающиеся выделением адреналина. Поэтому первичным аффектом может быть не только эйфория, но и страх, и горе, и даже гнев – милые бранятся, только тешатся. Американский психолог Уолстер показывал испытуемым мужчинам фотографии полуобнаженных женщин. Одновременно из репродуктора звучали ритмические сигналы – якобы сердцебиение испытуемых, усиленное аппаратурой. На самом деле исследователь сам задавал ритм этих сигналов. Демонстрацию определенной фотографии он сопровождал учащением ритма. Нетрудно догадаться, что именно эта фотография вызывала у мужчины максимальное половое влечение. Это значит, что чувственная сторона любви – чувство влюбленности – может быть проекцией собственного состояния: «Пора пришла – она влюбилась». Кроме того, для каждого из нас есть определенный фенотип, легче «запускающий» механизм влюбленности.

Часто это какой-то фетиш: голубые глаза, отеческая интонация, большая грудь. Источники этих фетишей можно найти в раннем детстве.

Пауло Коэльо в своем романе «На берегу Рио-Пьедра села я и заплакала» пишет:

«Любовь – это наркотик. Поначалу возникает эйфория, легкость, чувство полного растворения. На следующий день тебе хочется еще. Ты пока не успел втянуться, но, хоть ощущения тебе нравятся, ты уверен, что сможешь в любой момент обойтись без них. Ты думаешь о любимом существе две минуты и на три часа забываешь о нем. Но постепенно ты привыкаешь к нему и попадаешь в полную от него зависимость. И тогда ты думаешь о нем три часа и забываешь на две минуты. Если его нет рядом, ты испытываешь то же, что наркоман, лишенный очередной порции зелья. И в такие минуты, как наркоман, который ради дозы способен пойти на грабеж, на убийство и на любое унижение, ты готов на все ради любви».

Любовная аддикция характеризуется следующими признаками:

- сверхценное отношение к значимому другому (ЗД) с фиксацией на нем при неспособности справиться со своим влечением;
- нереалистическое, некритическое ожидание безусловно положительного отношения ЗД; отказ от возможности быть самим собой;
- осознанный страх покинутости, который ослабляет негативные чувства, направленные на объект, и заставляет идти на любые жертвы ради сохранения отношений;
- неосознанный страх интимности, тормозящий сексуальные побуждения в ситуации физической близости;
- выбор ЗД, не способного к интимным взаимоотношениям, нередко это аддикт избегания.

Жизнь любовных наркоманов протекает в стремительном чередовании эротического возбуждения и разочарования, для которых состояние влюбленности имеет первостепенное значение, давая ощущение экзальтации. Центральными для этого состояния являются идеализация и ощущение слияния, которые переживаются как верх блаженства, величайшее удовольствие. Любовный аддикт с наивностью младенца верит, что одной безграничной силы его страстного желания достаточно для достижения желаемого от партнера, и тем самым ставит себя в рабскую зависимость от него. Разочарование и обесценивание объекта неминуемо. Затем цикл повторяется с тем же исходом.

Р. Норвуд (2002) прослеживает этапы развития любовной зависимости. В *преморбиде* отмечается склонность к чрезмерно ответственному поведению и опеке. У женщины сильная потребность руководить другими приводит к выбору безответственного партнера, которого она пытается «любить» с такой же силой, с какой «любила» родителей. Постепенно эмоциональная зависимость от мужчины усиливается, нарастает опасение вызвать у него

недовольство, чувство вины. Появляется потребность постоянно обсуждать с мужем его проблемы, начинаются сомнения в правильности собственных ощущений.

Далее наступает *острая стадия* зависимости. Женщина все больше сосредоточивается на поведении партнера, оправдывает его в разговорах с другими, а свои проблемы упорно скрывает. Возникает ощущение краха с агрессивным поведением по отношению к партнеру, желанием отомстить, которое сменяется угрызениями совести за ссоры. Попытки контролировать партнера постоянно оканчиваются неудачей, другие интересы утрачиваются. Появляются неприятности на работе и финансовые затруднения, желание взять на себя обязанности мужчины. Возникают беспричинные обиды, приступы неудержимого обжорства или пренебрежения едой, ухудшается здоровье. Женщина принимает транквилизаторы, стремится избегать друзей и близких. Появляются явные признаки нервного расстройства и физического истощения, может развиваться алкогольная или наркотическая зависимость.

В *хронической стадии* начинаются затяжные депрессии, появляются внебрачные связи, женщина уходит в работу, становится одержима поверхностными интересами. У нее отмечаются нарушения мышления, упадок духа, неприязнь к «нормальным» людям, безотчетные страхи, паранойяльные проявления, неспособность приступить к делу, полная фиксация на партнере. Усиливается жестокость по отношению к партнеру и детям, появляются угрозы или попытки самоубийства, чувство, что все способы овладеть ситуацией исчерпаны. У женщины и детей формируются серьезные эмоциональные расстройства. Нарастает гнев и возмущение по поводу несдержанных обещаний и невыполненных решений.

Выделяют тип «азартного игрока», который находится в эмоциональной зависимости от супруга и одновременно увлечен «добыванием» особ противоположного пола. С увеличением числа «побед» повышается чувство собственной значимости, ценности. Игрок завязывает кратковременные знакомства, не задумываясь о возможных последствиях. При этом в супружеских отношениях наблюдаются повторяющиеся циклы: измена – обнаружение – покаяние – прощение – измена (сравните с игрой «Алкоголик» по Берну).

Взаимоотношения между двумя любовными аддиктами имеют следующую динамику. Вначале наблюдаются чрезвычайно созависимые отношения, из которых практически исключаются другие люди, в том числе собственные дети (супружескоцентрические семьи). Поскольку один из аддиктов энергичнее и активнее, у другого нарастает страх быть поглощенным, он стремится дистанцироваться и постепенно превращается в аддикта избегания.

В высокозависимых отношениях к любовной аддикции может присоединиться аддикция отношений, которая характерна для зависимых личностей. У этих лиц отмечается внешний локус контроля с возложением ответственности за свое благополучие на 3Д, отсутствует осознание собственных чувств, чужие чувства переживаются как свои, выражены страх отвержения и самоотверженная забота о других при отсутствии межличностных границ. Они во всем усматривают хорошее или плохое отношение к себе, ставят себя в центр событий, заставляя 3Д заботиться о себе или, наоборот, берут на себя непомерную ответственность за других.

Аддикты отношений могут создавать группы «по интересам». Нередко это однополая компания, члены которой часто ходят друг к другу в гости, подолгу разговаривают по телефону – «не могут жить друг без друга». Такие же группы создаются в рабочих коллективах, и тогда на работу ходят ради этого общения, часто собирают застолья по различным поводам, что приводит к постепенному развитию алкогольной зависимости. Клиенты с выраженной интимофобией избегают индивидуальной терапии, предпочитают работу в группе, которую пытаются превратить в идеальное, по их представлениям, сообщество или систематически посещают различные тренинговые или учебные группы, проявляя *группоголизм*.

Пример

Эля обратилась ко мне с просьбой помочь ей разрешить сложную ситуацию, сложившуюся в ее личной жизни. Она встречалась с молодым человеком, Колей, с которым ей было весело и интересно, но, к сожалению, он вел себя легкомысленно и часто выпивал. Элиной маме Коля не нравился, и она нашла дочери более подходящего жениха: надежного, серьезного, хорошо воспитанного мужчину, но Эле он казался занудой и был неинтересен.

Эля пыталась порвать отношения с Колей, так как понимала, что мамин избранник больше подходит на роль мужа. Однако чем больше они с мамой критиковали Колю, тем больше Эля жалела его, она забывала о своем решении, и свадьба в очередной раз откладывалась.

Я понял, что отношение Эли к Коле устроено по принципу «запретного плода»: ее тяга к нему от маминых запретов лишь усиливалась. Она поняла это и больше ни с мамой, ни со мной, ни наедине с собой слова худого о Коле не сказала и не разрешала маме о нем вспоминать. Как я и ожидал, стало легче. Но через неделю Эля пришла сама не своя: «Опять сорвалась, это сильнее меня, как проклятие какое!»

Элин жених уже нервничал, у мамы поднялось давление, сама Эля была на грани нервного срыва... Необходимо было принимать срочные меры. Я укрепил Элину уверенность в ее самоконтроле с помощью внушения: «Я спокойна, я уверена, я легко владею собой. Мне легко поступать так, как подсказывает разум. Легко выполнять принятое решение». Вмешиваться в ее чувства я все еще избегал.

Эля больше не встречалась с Колей, но теперь она стала сравнивать с ним своего жениха, в котором обнаружила множество недостатков. Коля, мол, был мягче, нежнее, ласковее... С Колей было интереснее, он такой выдумщик, такой артист, с ним всегда весело... Когда Эля заявила, что из-за какого-то пустяка поссорилась со своим женихом и так теперь зла на себя, что «убить готова», я понял: все, сама она переключиться не сможет, ее собственные силы исчерпаны.

В довольно глубоком гипнозе, чтобы усыпить сопротивление сохраняющегося бессознательного влечения к Коле, я внушил ей более пылкое чувство к жениху, связав его с теми достоинствами, которые привлекали Элю: надежность, серьезность, порядочность. Для этого я вернул Элю в детство, и она восприняла отношение жениха к себе как отеческое, сама испытала к нему более теплое, родственное чувство. Я внушил ей, что она сохранит это чувство до следующего сеанса.

Так и произошло. Их отношения восстановились. Но... одновременно усилилось влечение к Николаю. Стало ясно, что намечающаяся свадьба и есть самый главный запрет. Только после того, как я вывел Элю из неразрешимого для нее выбора «Коля или жених?» и разрешил вместо этого другую игру: «И Коля, и жених», даже сама игра не понадобилась. Коля даже в свиданиях являться ей перестал. Она больше не испытывала к нему противоречивых чувств, только легкую грусть, напоминающую прощание с беззаботным детством. Что ж, известно: обратная сторона любви не ненависть, а безразличие.

Технологическим вариантом аддикции отношений является **зависимость от мобильного телефона и Интернета**. При неисправности или отсутствии под рукой телефона аддикты нервничают, чувствуя, что отрезаны от мира, иногда слышат звонки и оклики. Вебо-

голики весь день общаются в сети, знакомятся и даже занимаются виртуальным сексом. Более половины из них ночью спят менее четырех часов из-за того, что не могут оторваться от компьютера. У них наблюдается зависимость от «кибернет-отношений» – от общения в чатах, групповых играх и на телеконференциях, что может привести к замене имеющихся друзей и близких виртуальными. Другая форма аддикции – зависимость от «киберсекса», т. е. от порнографических сайтов в Интернете, от обсуждения сексуальной тематики в чатах или на специальных телеконференциях «для взрослых».

Выделяют пять групп Интернет-зависимых: 1) киберсексуальная зависимость – непреодолимое влечение к посещению порносайтов и занятию киберсексом; 2) пристрастие к виртуальным знакомствам – избыточность знакомых и друзей в Сети; 3) навязчивая потребность в Сети – игра в онлайн-азартные игры, постоянные покупки или участие в аукционах; 4) информационная перегрузка (навязчивый веб-серфинг) – бесконечные путешествия по Сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам; 5) компьютерная зависимость – навязчивая игра в компьютерные игры.

☺ XIX век. Юный джентльмен гадает на ромашке: «Любит – не любит?»

XX век. Парень прикидывает: «Даст – не даст?»

XXI век. В Интернете: «Мужчина – женщина? Активный – пассивный?»

Происхождение любовной аддикции

Любовь – это все. И это все, что мы знаем о ней.
Эмили Дикинсон

Гегель описал диалектику любви следующим образом:

«Первым моментом любви следует считать мое нежелание оставаться независимой личностью и ощущение того, что если я таковой останусь, то буду чувствовать себя обделенным и неполноценным. Вторым следует считать тот момент, когда я влюблюсь в другую личность, находя в ней ровно столько же, сколько она получает от меня. Поэтому любовь – это чудовищное противоречие, не подвластное рассудку, в котором самая сложная проблема – отрицание чувства собственного достоинства, воспринимаемое как самоутверждение. Таким образом, любовь одновременно производит противоречие и устраняет его». З. Фрейд сформулировал, по сути, эту же мысль в виде афоризма: «Любовь – это самый проверенный способ преодолеть чувство стыда». В поздних работах Фрейд описывает любовь как реактивное образование, защищающее от таящейся за нею ненависти.

Р. Мэй (1997) выделяет в акте любви четыре позитивных психологических аспекта: 1) нежность соучастия и слияния; 2) полнота самоощущения и печаль обособленности; 3) созидательное чувство порождения; 4) благодарная взаимоотдача. В то же время

«действие любви можно сравнить с действием наркотика ЛСД. И то, и другое рушит стены привычного мира и разрушает нашу защиту, оставляя нас обнаженными и уязвимыми. Приняв ЛСД, можно ощутить благоговение и рвение, но это может быть паранойя и полная дезинтеграция без какого бы то ни было наслаждения. Параллель этому наблюдается и в любви. Ревность, зависть, подозрение, ярость и даже ненависть могут быть намного сильнее, будучи спровоцированы любовью. Многие пары остаются вместе, казалось бы, движимые скорее ненавистью, чем любовью».

Кристина Гроф (2000) проводит важный критерий различения привязанности и зависимости: последнюю отличает полное бессилие человека перед объектом зависимости, отсутствие контроля, защитная система отрицаний, тенденция к разрушающему и саморазрушительному поведению, а также к прогрессированию зависимости. Нарастает количественная потребность в объекте зависимости для достижения прежнего эффекта, а если объект недоступен, возникает «ломка», собственная индивидуальность утрачивается.

Представители школы объектных отношений выделили фазы развития объектных отношений в паре «мать – младенец», к одной из которых впоследствии может регрессировать аддикт в отношениях с партнером. Дж. Боулби (2003) рассматривал отношения родителя и ребенка как центральные для развития личности, а не как средство отреагирования. Он выявил особую значимость первичного *симбиотического* поведения младенца, которое включает цепляние, сосание, преследование, крик и улыбку. М. Малер описала фазу *сепарации и индивидуации*, переживаемую ребенком на втором году жизни, когда он колеблется между расставанием с матерью и возвращением к ней. В это время на потребность в зависимости накладывается страх потерять мать. Д. Винникотт (2000а) подчеркивал значение *переходных объектов* (игрушки, одеяло и др. предметы), которые олицетворяются и воспринимаются ребенком как комбинации качеств материнского объекта и собственного развива-

ющего Я. В процессе этого развития ребенок приобретает способность спокойно переживать одиночество.

М. Кляйн (2001) изучила самые ранние и болезненные процессы человеческой психики: ненавистную любовь, пугающую страсть, завистливую привязанность. Основные положения ее подхода можно сформулировать следующим образом: человек с рождения нуждается во взаимодействии с либидинозным объектом, эрогенные зоны становятся таковыми при участии в подобном взаимодействии; поскольку внешний объект не изменяется в соответствии с потребностями ребенка, создается его внутренний дубликат – интроект; по мере установления новых взаимоотношений интроекты могут изменяться; интроекты проецируются на супруга и детей; текущие взаимодействия используются для разрешения первичных конфликтов.

Кляйн считает, что развитие Эго основано, прежде всего, на интроекции матери и/или груди. Младенец, наделенный и врожденной завистью к груди, и необходимостью использовать ее для проекции собственного инстинкта смерти, должен сначала переработать страх и подозрение, связанные с грудью (параноидно-шизоидная позиция), а затем переработать свое открытие, что грудь, которую он ненавидит, и грудь, которую он любит, – это одна и та же грудь (депрессивная позиция). Каждый ребенок, независимо от качества материнской заботы, переживает кризис амбивалентности, когда он озабочен тем, чтобы защитить мать от своей ненависти и осуществить *репарацию* за тот вред, который он в своем воображении нанес ей своей ненавистью. Выход из этого кризиса определяет все дальнейшее развитие индивида: здоровые люди и невротики преодолевают депрессивную позицию, лица с депрессивными проблемами фиксируются на ней, а лицам с шизоидными, параноидными и обсессивными расстройствами достичь ее не удастся, поскольку преследующий плохой объект интроецируется и образует ядро преследующего Суперэго.

Депрессивное реагирование является регрессом к депрессивной фазе развития. Этот процесс предполагает наличие следующих условий: а) пережитое в детстве амбивалентное отношение к материнской груди и болезненная фиксация на ней, при этом она интроецируется; б) в детстве имелось нарушение самооценки после отнятия от груди, в результате не сформировалось доверие к себе, возникло возвращение к амбивалентной зависимости от груди.

К. Хорни (1997) выделила у зависимых женщин три трансферные тенденции, лежащие в основе их супружеской неверности. 1. Я боюсь зависеть от мужа, как зависела от родителей. Поэтому я буду избегать привязанности от него и подарю свою любовь другому мужчине. 2. Я лучше сделаю его зависимым от меня. Поэтому я буду заботиться о нем, но флиртовать с другими, чтобы возбудить его ревность. 3. Он ревнует меня и хочет лишиться меня поклонников и моей привлекательности. Поэтому я буду флиртовать ему назло.

О. Кернберг (2000б) отмечает, что пациенты с пограничной личностной организацией демонстрируют способность к своего рода примитивной влюбленности, характеризующейся нереалистической идеализацией объекта любви, об эмоциях которого они не имеют ни малейшего представления. У этих больных не сформировано базовое доверие к матери, здоровое самоуважение и реалистический образ Я. В интимных и терапевтических отношениях они испытывают недостаток доверия. Автор перечисляет следующие факторы, участвующие в формировании патологических объектных отношений с последующей примитивизацией агрессии:

- переживание внешних объектов как всемогущих и жестоких;
- чувство, что любое хорошее, любящее, взаимно удовлетворяющее отношение с объектом является хрупким, легко разрушаемым и, что еще хуже, содержит в себе семена возможных нападков со стороны слишком сильного и жестокого объекта;

- чувство, что полное подчинение объекту – это единственное условие выживания, поэтому все связи с хорошим и слабым объектом должны стать более жесткими;
- как только достигается идентификация с жестоким и всемогущим объектом, возникает веселящее чувство силы и радости, свободы от страха, боли и угрозы; ощущение, что удовлетворение агрессии – это единственная значимая форма отношений с окружающими;
- в качестве альтернативы находится способ отступления путем принятия абсолютно фальшивого, циничного или лицемерного способа общения, устранения всех суждений, подразумевающих сравнение между хорошими и плохими объектами; отрицания важности объектных отношений как таковых или успешного маневрирования в хаосе человеческих отношений.

Кернберг дает следующее определение перверсии при злокачественном нарциссизме:

«Перверсность, как я ее воспринимаю, это качество объектных отношений, отражающее сознательное или бессознательное рекрутирование любви, зависимости или сексуальности в обычном смысле этих слов на службе агрессии. Она отражает попытку продемонстрировать садистский контроль и всемогущество патологически грандиозного Я при злокачественном нарциссизме и является выражением “безумной”, грандиозной структуры Я, вызывающей наиболее тяжелые негативные терапевтические реакции. Такие пациенты безжалостно вытягивают все хорошее из терапевта, чтобы опустошить и разрушить его; они делают то же самое во всех других близких отношениях».

(Кернберг, 1998, с. 308)

Нарциссические личности, как указывает автор, не способны к глубокой включенности в объект любви. По отношению к вождленному объекту они испытывают интенсивные чувства фрустрации и нетерпения, а сразу после овладения им становятся безразличны к нему. Эти личности увлекаются теми, кого ценят другие, кто им недоступен или отказывает им. Такие объекты вызывают у них бессознательную зависть и алчность, потребность обладать ими, портить и обесценивать их. Склонность таких личностей к промискуитету объясняется тем, что они проецируют свою жадность и зависть на желаемый сексуальный объект, в результате усиливается тенденция к бегству в «свободу». Фетишизация определенных частей тела объясняется регрессивной фиксацией ранних симбиотических переживаний, в которые были включены эрогенные зоны, и идеализацией этих частей тела в качестве компенсации неспособности установить цельные объектные отношения. Причем интенсивность мужской зависти соответствует интенсивности зависти женщин к пенису. Кроме того, для мужского нарциссизма характерно патологическое обесценивание женщин, берущее начало в обесценивании матери как первичного объекта зависимости.

Отвечая на извечные вопросы: «Чего хочет женщина?» и «Чего хочет мужчина?», Кернберг утверждает, что мужчины хотят видеть женщину одновременно в нескольких ролях: в качестве матери, маленькой девочки, сестры-близнеца и взрослой сексуальной женщины. Женщины, в силу неизбежности смены первичного объекта, хотят, чтобы мужчина совмещал в себе отцовскую и материнскую роли, желая видеть в нем отца, маленького мальчика, брата-близнеца и взрослого сексуального мужчину. На различных стадиях как у мужчин, так и у женщин может возникнуть желание поиграть в гомосексуальные отношения или поменяться сексуальными ролями в попытке преодолеть границы между полами, неизбежно ограничивающие нарциссическое удовлетворение от интимности – страстное стремление к полному слиянию объекта любви с эдиповыми и доэдиповыми элементами, которое никогда не может осуществиться (Кернберг, 2000б).

Х. Кохут (2003) большую роль, чем инстинктам и конфликтам, отводит особенностям развития Я, особенно тому, как они соотносятся с задержками развития и недостатком эмпатии в соответствующей фазе. Он уделяет сопротивлению, защите и конфликтам меньше внимания по сравнению с нарушениями развития, которые оставляют стойкий отпечаток на образе Я и самооценке. Наиболее важными нарушениями являются недостаток эмпатии и подражания, из-за чего у ребенка формируется пониженная самооценка.

Р. Норвуд (2002) выделяет в происхождении любовной аддикции следующие факторы. Ребенок рос в дисфункциональной семье, где его эмоциональные потребности не встречали отклика. Получив в детстве мало заботы, зависимая женщина пытается компенсировать эту неудовлетворенную потребность, становясь нянькой для своих партнеров, особенно для тех мужчин, которые кажутся ей ущербными. Поскольку ей не удалось изменить своих родителей таким образом, чтобы они давали ей любовь и ласку, она пытается изменить мужчину, похожего на ее родителя, отдавая ему свою любовь. Привыкнув к недостатку любви в близких отношениях, такая женщина готова ждать, надеяться и еще усерднее стараться угодить мужчине. Ее самооценка находится на критически низком уровне, она считает, что должна заслужить право наслаждаться жизнью. Девочкой она не чувствовала себя защищенной и поэтому испытывает острую потребность защищать и контролировать своего мужчину, выдавая это за желание быть полезной. Тяга к людям, отягощенным проблемами и вступление в сложные, эмоционально болезненные отношения помогает ей уходить от ответственности за свою собственную жизнь. Волнение, сопровождающее неустойчивые отношения, может использоваться для предотвращения приступов депрессии, к которой склонны такие женщины. Критическое снижение самооценки, нередко усугубленное пищевой зависимостью или алкоголизмом, нуждается в лекарстве, которым становится влюбленность с сопровождающей ее эйфорией. Когда эйфория проходит, нарастает боль от патологической, «безумной» любви с ее крайностями. ПАВ и сладости притупляют эту боль, лишая женщину мотивации, необходимой для разрыва отношений. Крах любовного романа надолго толкает ее в объятия «старых друзей» – пищевой или химической зависимости, вещизма или трудоголизма; так создается порочный круг.

Дж. МакДугалл (1999) анализирует примитивные защитные механизмы, используемые любовными аддиктами. Объект любви воспринимается как отстраненный и потому способный фрустрировать и обижать так же, как это делала мать. Поскольку идентификация с внутренней матерью слишком слаба для нарциссической компенсации, появляется отношение к избраннику как к переходному объекту, которым можно манипулировать. В результате происходит амбивалентное расщепление чувств к любимому человеку, ведущее к переносимому эмоциональному напряжению. Ненасытные попытки ослабить напряжение с помощью сексуальных эксцессов замыкают порочный круг.

☺ В любви как в медицине: плохонький врач вдвое любезнее.

Винцетий Стысь

Психотерапия

Страсть излечивается не разумом, но другими страстями.
Людвиг Берне

Коррекция любовной аддикции следует принципам 12 шагов АА (сообщества Анонимных Алкоголиков): научиться изменять негативные убеждения, запускающие аддиктивное влечение, найти другие способы совладания с тревогой и стрессом. Пациентам важно также освоить навыки уверенного и эмпатического общения с помощью ассертивного и сенситивного (развивающего эмпатию) группового тренинга.

Исследования М. Кляйн и ее школы значительно повысили возможности терапевтического анализа любовных аддиктов, обозначив так называемую «перверсную позицию», представляющую собой относительно зрелую организацию личности, при которой состояния Я отличаются определенной интегрированностью и приобретают оттенок эдиповых отношений. В этой позиции преобладает «тревога отвержения», представляющая собой страх разрыва отношений в диаде «мать – дитя» с чувством вины и собственной ответственности за разрыв отношений. Следующая отсюда терапевтическая стратегия заключается в интроекции так называемого «хорошего объекта», который становится «ядром Эго» и основным гарантом чувства безопасности и самоуважения.

Терапевтический процесс рассматривается как двустороннее взаимодействие – в терминах переноса и контрпереноса, интроекции и проективной идентификации. Интроекция заключается в создании внутреннего объекта (интроекта) и формировании с ним более удовлетворяющих отношений, чем с внешним прообразом. Проективную идентификацию понимают как процесс помещения себя внутрь внешнего защищающего объекта. Учитывают также такие защиты, как смещение (например, локуса конфликта), рационализация – нахождение благовидных объяснений своего неприемлемого поведения и др.

К особенностям подхода относятся: ранняя интерпретация агрессивных и сексуальных влечений, а также амбивалентного переноса, его анализ в течение всего лечения, перевод бессознательных конфликтов в терминологию объектных отношений. Внимание фокусируется на эмоциональном опыте пациента, большое значение имеет анализ контрпереноса. Генетическому (историческому) материалу уделяется меньше внимания, особенно на ранних стадиях работы. Акцент делается не на причинах формирования невроза переноса, а на его разрешении. В связи с этим возникает проблема трансферентных остатков (сохранения переноса после прекращения терапии), замещения аналитика и анализа эстрапереноса (переноса отношения к аналитику на других людей). Интерпретируется сопротивление разрешению переноса, в том числе смещение внимания вовне и в прошлое. Контролируется контрсопротивление терапевта.

Р. Норвуд описывает (2002) динамику избавления от любовной зависимости следующим образом. Готовность обратиться за помощью; искреннее желание получить помощь, независимо от действий партнера. Женщина осознает, что слишком сильная любовь – это болезнь, и признает собственную беспомощность. Она узнает, что может выздороветь независимо от того, получит партнер помощь или нет. Знакомится с женщинами, которые страдали от любовной зависимости, и начинает групповую терапию. У нее зарождается новая надежда, она сосредоточивается не на партнере, а на себе. Появляется вера в возможность новой жизни, а страхи по поводу неизвестного будущего уменьшаются. Она получает помощь в преодолении зависимости от алкоголя, наркотиков или пищи, восстанавливает регулярное питание и возвращает себе самоуважение. У нее исчезает стремление уехать и увеличивается способность говорить «нет». Она регулярно посещает групповые встречи,

перестает поощрять безответственное поведение партнера, нормально спит и есть, развивает у себя здоровые интересы. У нее появляется новый круг надежных друзей, возрождаются идеалы и духовные устремления. Она получает помощь в переоценке ценностей и верно оценивает свои успехи. Увеличивается ее способность владеть собой и уменьшается потребность руководить другими. Развивается привычка во всем полагаться на себя. Она снова завоевывает доверие детей, проявляет больше внимания к своей внешности. Ее удовлетворенность больше не зависит от поведения партнера.

Она умеет понимать истинные мотивы окружающих, у нее повышается чувство ответственности за собственную жизнь. Достигнутые результаты закрепляются в группе взаимопомощи.

☺ – Я так вам признательна, доктор! Вы позволите мне вас поцеловать?

– Нет. Строгие правила психоанализа запрещают мне лечь с вами на кушетку.

Конфликт зависимых отношений

Никто не умирает от недостатка секса.

Умирают от недостатка любви.

Маргарет Атвуд

Суицидоопасный конфликт зависимых отношений чаще всего возникает у женщин и молодых мужчин в ситуациях угрозы интимно-личным отношениям. Конфликтной ситуации предшествует период эмоциональной фиксации на объекте зависимости, когда его ценность несоизмеримо выше, чем ценность других объектов. Конфликт затрагивает все сферы психики. Так, на эмоциональном уровне борются, с одной стороны, обостренные по механизму фрустрированной потребности необходимость в поддержке и сексуальное влечение, а с другой стороны – гетероагрессивные тенденции. В мотивационно-волевой сфере сталкиваются тенденция к разрыву тягостных отношений и стремление продолжать их, несмотря ни на что. В когнитивной сфере наблюдаются те же противоречия: то выдвигаются аргументы в пользу обретения психологической независимости, то обосновывается невозможность сделать это.

Стремясь освободиться от сексуального влечения к партнеру, пациент сознательно культивирует в себе враждебные чувства по отношению к нему. Однако при этом оживляется весь комплекс аффективно окрашенных переживаний, связанных с партнером, в том числе и сексуальное влечение. Стремление снизить ценность ЗД за счет актуализации негативных качеств его личности приводит к снижению самооценки пациента. Кроме того, в условиях доминирования ценности объекта его девальвация обесценивает жизнь пациента в целом, что нередко приводит к развитию суицидальных тенденций.

Нами выделены следующие типы конфликта зависимых отношений.

Астенический тип развивается преимущественно у молодых людей с астенической и сенситивной акцентуациями характера в ситуациях любовных или детско-родительских конфликтов. Пациенты занимают, как правило, пассивную позицию, готовы принять любое поведение ЗД, лишь бы тот не оставлял его. Они обращаются к ЗД с мольбой о сочувствии и помощи, обвиняют себя, обещают полную покорность во всем. Пациенты преувеличивают свою вину перед ЗД и считают, что должны искупить ее. Суицидальные попытки, как правило, совершаются с помощью большой дозы сильнодействующих препаратов с усыпляющим действием. Пациенты сожалеют, что их спасли, обещают повторить попытку более надежным способом, как только для этого появятся силы. Антисуицидальным фактором служит лишь едва теплящаяся, то и дело исчезающая надежда на улучшение ситуации.

В стационар они поступают, как правило, по инициативе родственников, собственной активности не проявляют, в беседе с врачом пассивны, раскрываются неохотно, немногословны. У них отмечаются повышенная утомляемость, мышечная слабость, сонливость, головокружение. Наблюдаются также пониженный фон настроения, чувство печали, снижение аппетита, полового влечения, потеря интереса к жизни, утрата ее смысла, антивитальные переживания типа «заснуть бы и не проснуться». Пациенты залеживаются в постели, не следят за своим внешним видом, не участвуют в жизни отделения, ссылаясь на бессилие и апатию. Они пессимистически оценивают свое будущее и возможность самостоятельного выхода из кризиса. Требуют оставить их в покое, не тратить на них время, поскольку им все равно ничем нельзя помочь. Часто просят назначить им большие дозы транквилизаторов, чтобы облегчить страдания, которые представляются им непосильными и потому непереносимыми. Они отказываются от участия в семейной и групповой терапии, предпочитают аутотренинг и гипноз.

В качестве терапевтической мишени используется тенденция пациентов данной группы, как правило, лиц молодого возраста, к уходу от интимного общения и аскетизму как специфической защите от сексуального влечения. В процессе проведения групповой кризисной терапии данная форма защиты заменяется на сублимацию с установлением дружеских взаимоотношений с лицами противоположного пола, что более приемлемо для личности, чем полный отказ от общения. На последующих этапах лечения в ходе ролевого тренинга восстанавливаются или вновь усваиваются навыки полоролевого поведения, позволяющие пациенту переводить дружеские отношения в любовные.

Истерический тип свойственен лицам с истерической акцентуацией характера, занимающим в конфликте манипулятивную позицию. При этом пациенты легко переходят от самообвинений к упрекам, от сцен с разрушительными действиями к обещаниям и мольбе, от попыток примирения и сексуальной близости к унижительным сценам ревности, от угроз в адрес партнера к суицидальному шантажу. Суицидальная попытка призвана доказать силу чувств, готовность рисковать жизнью ради любви, а также вызвать у партнера чувство вины.

В стационаре пациенты жалуются врачу на невыносимые страдания, в то же время стремятся подчеркнуть свои необычайно привлекательные качества: внешние, деловые, моральные, психологические; стараются любыми средствами вызвать у окружающих интерес, глубокое сочувствие, восхищение и сексуальное влечение к себе. Как правило, они оказываются в центре внимания пациентов и персонала, пытаются завладеть вниманием терапевтической кризисной группы, неуклонно сводя дискуссию к обсуждению собственных проблем, или демонстрируют свою компетентность, навязчиво давая советы участникам группы. Пациенты высказывают многочисленные обиды на партнера, убеждают окружающих, что лишь суицидальная попытка могла положительно повлиять на его отношение, но поскольку оно и после этого не улучшилось или даже ухудшилось, теперь вся надежда – на вмешательство врача. Они ожидают, что врач силой своего авторитета, своим психотерапевтическим искусством заставит партнера пойти навстречу желаниям пациента. Когда пациентам не удается удовлетворить свою повышенную потребность во внимании, они демонстративно обижаются, надолго укладываются в постель и неудержимо рыдают, собирая вокруг многочисленных сочувствующих зрителей. Некоторые пациенты открыто копят лекарства, угрожают отравиться, а иногда совершают демонстративные суицидные попытки.

Антисуицидальными факторами служат нежелание причинять себе серьезный ущерб, представление о непривлекательности трупа, вера в возможность добиться внимания партнера. Личностной защитой этих пациентов является вытеснение полового влечения, при этом потребность в сексуальном признании становится у них более острой и удовлетворяется бесконтрольно, в обход сознания. Терапевтической мишенью становится неосознанное сексуальное влечение к ЗД, которое необходимо вскрыть, дать пациенту возможность отреагировать его, разделить с ним аффект обиды по поводу отвержения сексуальным партнером и подкрепить уверенность пациента в своей сексуальной привлекательности. Важную роль в решении указанных задач играет кризисная группа, которая по сравнению с психотерапевтом имеет неизмеримо больше возможностей удовлетворить поистине ненасытную жажду признания пациента.

Обсессивный тип наблюдается у психастенических личностей и личностей с чертами паранойяльности, которых отличает нормативность, аффективная ригидность, выраженная тенденция к лидерству или опеке, склонность подолгу переживать психотравмирующие события во внутреннем плане. У пациентов данной группы обычно выражено стремление настоять на своем мнении, склонность к систематизации доказательств, тенденция к формированию сверхценных образований. Они бывают убеждены, что ЗД жаждет их смерти, специально доводит до самоубийства или использует психиатрическую госпитализацию с целью дискредитации, чтобы лишить их детей и имущества.

Пациенты жалуются на навязчивые мысли, воспоминания, фантазии, повторяющиеся сновидения, отражающие кризисную ситуацию. Подобные переживания аффективно окрашены в мрачные тона, сопровождаются тревогой по поводу невозможности самостоятельно прекратить эти чрезвычайно мучительные состояния. Характерны эпизоды навязчивого сексуального влечения к партнеру. В это время пациент настаивает на многочисленных половых актах, а когда партнер пытается уклониться от близости, расценивает его поведение как явное доказательство его неверности. Идеи ревности, однако, носят отрывочный, несистематизированный характер и чередуются с периодами критического отношения к ним. Пациенты склонны к навязчивым самообвинениям, доходя в этом, по их собственным словам, до «самоедства». Содержанием подобных переживаний может быть недовольство своей чрезмерной заботой о ЗД, которая якобы испортила его. Пациенты упрекают себя в излишней наивности, доверчивости, альтруизме. Они заявляют, что утратили доверие к людям, больше не верят в добро, любовь, справедливость, поэтому решили стать эгоистичнее, жестче, мстительнее; просят помочь им в этом средствами психотерапии. Нередко наблюдается тенденция к смене ведущей жизненной сферы с семейно-личной на профессионально-престижную с целью получения власти над людьми.

Кризисная поддержка пациентов данной группы затруднена имеющимися у них тенденциями к интеллектуализации, рационализации и изоляции аффекта. После появления у пациента эмоциональной реакции (любой модальности) удается вскрыть страх расставания, замаскированный преувеличенной сознательной потребностью в независимости. Далее достигается отреагирование пациентом страха расставания и разделение его с психотерапевтом, после чего аффективная напряженность, а вместе с ней и обсессивные проявления начинают редуцироваться. В заключение осуществляется кризисное вмешательство, ориентированное на реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента с помощью следующих терапевтических приемов: рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, выявление неадаптивных установок и их коррекция.

Тревожный тип наблюдается, как правило, у тревожных личностей. В клинической картине преобладает страх расставания с объектом привязанности, боязнь одиночества, ненужности, собственной сексуальной и личностной непривлекательности, невозможности разрешить своими силами социальные проблемы, возникающие при потере ЗД, связанные, например, с воспитанием детей, материальным благополучием, социальным статусом.

Характерно, что тревожные переживания усиливаются при затрагивании темы взаимоотношений пациента с объектом привязанности, ослабляются при отвлечении пациента от упомянутой темы и даже могут на короткое время смениться некоторой эйфорией при появлении надежды на восстановление прерванных отношений. Однако вскоре к пациенту возвращается тревога, восстановление отношений снова начинает представляться ему невозможным или нежелательным, вредным и опасным. Эта тревога наиболее выражена в ситуациях, когда вероятность расставания с объектом нарастает, а также при предложении расстаться с ним со стороны окружающих (в том числе неопытного психотерапевта) или самого пациента. На пике тревоги возможны самоотравления небольшими дозами лекарств, иногда поверхностные самопорезы в области вен запястий. В роли антисуицидального фактора обычно выступает опасение причинить ущерб значимым другим, в том числе объекту привязанности. Кроме того, антисуицидальными факторами нередко служат страх смерти, крови, инвалидности, морального осуждения со стороны окружающих, а для верующих — страх ответственности перед Всевышним.

При лечении пациентов данной группы акцент делается на кризисной поддержке, которая заключается в установлении терапевтического контакта, помощи пациенту в раскрытии и отреагировании суицидоопасных переживаний, а также мобилизации личностной защиты. При этом вначале актуализируется такой антисуицидальный фактор, как страх смерти, инва-

лидности, крови, боли. Далее в качестве антисуицидального фактора используется забота о близких и шире – тенденция пациента беспокоиться о состоянии и судьбе объектов идентификации. В качестве таких объектов предлагаются «товарищи по несчастью» – пациенты кризисного стационара. Впоследствии на этапе тренинга навыков адаптации удастся переключить актуализированную тенденцию проявлять сочувствие и заботу на самого кризисного индивида, что способствует повышению его ответственности за собственную судьбу, улучшению эмоционального самоконтроля и смене локуса контроля с внешнего на внутренний.

Дисфорический тип обычно наблюдается у возбудимых и истероидных личностей. Для пациентов характерно преобладание стенического компонента аффекта, эгоцентрическая позиция личности в конфликте, выраженная агрессивность в сочетании с высокой степенью социализации, прямолинейность, ригидность аффекта, низкая способность к его вытеснению. Отмечаются высокая напряженность потребностей, невыносимость к фрустрации, тенденция к импульсивности в состоянии психологического напряжения.

В ситуации супружеского конфликта у пациентов наблюдается агрессивно-оборонительное поведение, направленное либо на супруга (любовника), либо на соперника. В основе подобного поведения лежит, по-видимому, актуализация примитивных аффективных механизмов, обеспечивающих сохранность пары путем «укрощения» партнера или изгнания конкурента. Пациенты занимают активную позицию в конфликте, требуют от ЗД большего внимания к себе, обвиняют его в недостатке тепла, эгоизме, распутстве, угрожают различными санкциями. Они всячески контролируют поведение объекта фиксации: читают личные записи и переписку партнера, отслеживают его, подслушивают разговоры, в том числе телефонные, пытаются оказать на него влияние через других лиц, в том числе официальных (во время пребывания в стационаре – через врача).

Общий фон настроения пациента – дисфорический. Преобладают чувства гнева, обиды: на партнера, соперника, которого реально или предположительно предпочитает партнер, на других лиц из ближайшего окружения, попадающих «под горячую руку». Раздражение может проявляться в форме недовольства лечением, отношением медперсонала, соседей по палате. В ряде случаев можно наблюдать генерализацию оппозиционной установки: «Мир несправедлив, уничтожить его невозможно, но и жить в нем нельзя, остается уничтожить жизнь в себе».

На высоте дисфории пациенты «готовы задушить» ЗД, в своих фантазиях и сновидениях видят сцены его мучительной смерти, драки, погони, различные акты разрушения. Иногда они пытаются избить партнера, уничтожают его фотографии и личные вещи. Пациенты упрекают себя в неспособности справиться с кризисом, а также в вспыльчивости, конфликтности, утрате родительских чувств, мизантропии. Аутоагрессивные переживания довольно часто завершаются суицидальной попыткой, причем преобладают способы, связанные с самоповреждениями и болью: глубокие самопорезы вен, проникающие ножевые и огнестрельные ранения, самоотравления прижигающими веществами и бытовым газом, самоповешение, попытки попасть под какое-либо транспортное средство или разбиться на машине. В роли антисуицидального фактора нередко выступает нежелание своим уходом из жизни «доставить радость» обидчику, стремление «выжить ему назло», чтобы навязать ему свою волю или, добившись его любви, затем мстительно его отвергнуть.

При лечении пациентов данной группы на этапе кризисной поддержки подкрепляется имеющаяся у них тенденция к разрядке аффективной напряженности, расслаблению. Для этого пациенты с самого начала лечения включаются в групповой аутотренинг и гипнотерапию. На этапе кризисного вмешательства используется такой антисуицидальный фактор, как нежелание доставлять обидчику удовлетворение своей смертью. Это представление не оспаривается, но молчаливо поддерживается. На заключительном этапе лечения в процессе

аутотренинга и ролевого тренинга происходит тренировка навыков саморегуляции и, в частности, внешнего локуса контроля и контроля над агрессивными импульсами.

Для личностей истерического, тревожного и астенического типов с доминирующей психологической защитой в форме вытеснения эффективным способом лечения является гипнотерапия. Используется разработанный нами (Старшенбаум, 1976а) метод внушения образных переживаний в сочетании с техникой систематической десенсибилизации по Вольпе (1973). Процесс гипнотерапии протекает в три этапа.

На первом этапе – кризисной поддержки – в состоянии гипнотического сна I стадии достигается раскрытие, отреагирование и разделение психотравмирующих переживаний с врачом. Мобилизуется личностная защита, укрепляется уверенность в возможности решения кризисных проблем. Сознательная установка на разрыв высокозначимых отношений объединяется с неосознаваемой субдоминантной установкой на независимость в интимно-психологических отношениях, обе установки интегрируются в когнитивную сферу пациента. В результате самооценка пациента повышается, снижается интенсивность страха расставания, уменьшается зависимость от отношения партнера.

На втором этапе – кризисного вмешательства – в состоянии гипнотического сна II–III стадии реализуются внушенные образы объекта фиксации: вначале в нейтрально эмоционально окрашенных ситуациях, а затем в ситуациях прекращения отношений. При этом внушается безразличное отношение к бывшему партнеру, мотивированное его неспособностью удовлетворить потребность пациента в высокозначимых отношениях. На данном этапе пациент освобождается от эмоциональной зависимости – как от любви, так и от враждебности к бывшему партнеру. Стимулируются гедонистические тенденции, начинают приобретать большее значение собственные жизненные ценности. Актуализируются положительные изменения, достигнутые пациентом в ходе терапии, укрепляются его представления о собственной сексуальной привлекательности, вырабатывается установка на тренинг пололевого поведения.

В качестве образца может быть рекомендована следующая формула внушения.

«Человек, к которому вы испытываете столь противоречивые чувства, становится для вас безразличным. Его лицо вспоминается сейчас как безжизненная маска, которая оставляет вас равнодушной. Его фигура вспоминается сейчас как неживая, восковая фигура. Вид этого человека оставляет вас теперь равнодушным. Его имя теперь пустой звук для вашего слуха. Само воспоминание о нем сейчас расплывается в тумане, становится далеким, безразличным, как полузабытый сон. Все связанное с этим человеком остается в прошлом, как будто это было не с вами, а с другим, посторонним человеком. Ваше сердце отныне свободно от власти чувства к этому человеку. На душе теперь свободно и легко. Вы стали свободны и независимы. Чувствуете себя привлекательным, интересным человеком. Вы легко завоевываете симпатии, сами выбираете достойного партнера. И на этот раз это будет более удачный выбор. Для этого у вас есть все необходимое, успех вам обеспечен».

Заключительный этап терапии – тренинг навыков адаптации – проводится, как правило, в группе. В состоянии гипнотического сна II–III стадии с внушенным сновидением моделируются ситуации, направленные на групповое сплочение, рост взаимного доверия. Стимулируется жизнеутверждающее, гедонистическое поведение с раскрепощением блокированного сексуального влечения к лицам противоположного пола. Наиболее гипнабельным пациентам удастся внушить роль иной личности – независимой, высоко привлекательной. Данный образ имеет выраженное терапевтическое значение не только для самого

пациента, но и для других членов группы, идентифицирующих с ним и его новой ролью. Общие внушения сочетаются с индивидуальными, направленными на астеновегетативные, астеносубдепрессивные, тревожно-ипохондрические и фобические симптомы. Гипнотерапия осуществляется дифференцированно, в зависимости от типа реакции: при астеническом и тревожном типах реакции акцент делается на укрепление личностной защиты, при истерическом типе – на тренинге самоконтроля над образным компонентом переживаний.

Итак, при проведении психотерапии пациентов с конфликтом зависимых отношений общие соображения сводятся к следующему. Решение о сохранении или разрыве высокозначимых отношений должен принять сам пациент. В случае окончательного разрыва отношений задача психотерапевта состоит в том, чтобы разделить с пациентом переживание горя и облегчить ему поиск новых высокозначимых отношений, в которых пациент сможет занять более независимую позицию. Опасно подкреплять враждебные чувства пациента к партнеру, так как агрессия может обратиться на терапевта или трансформироваться в суицидоопасную аутоагрессию. Как правило, в процессе кризисной терапии удается добиться освобождения пациента от тягостной зависимости и, используя специфические возможности данного вида терапии, добиться повышения уровня его адаптации с обеспечением личностной независимости в будущем.

Пример

Вера К., тридцатилетняя учительница, мать двоих детей, обратилась ко мне с жалобами на подавленное настроение, бессонницу, мысли о самоубийстве. 10 дней назад она обнаружила у своего мужа, уважаемого всеми директора школы, любовную записку. Первая ее реакция была неожиданной для нее самой: она кричала на мужа, требовала уйти к «той» женщине, раз она лучше... Что-то еще, чего сама потом не могла вспомнить. Муж, приглашенный на беседу, заявил, что действительно полюбил другую, но останется в семье, так как не может оставить детей. А с Верой будет жить «из жалости».

Для меня в этой ситуации было важно понять, что же случилось с уважаемым директором школы, любящим отцом и «жалостливым» супругом? Неужели он внезапно стал легкомысленным и безнравственным? Разгадка, скорее всего, в другом: он просто разлюбил жену и полюбил другую.

Дальнейшая беседа с Вериним мужем подтвердила эту догадку. Вера давно перестала быть для него «волнующей, таинственной», перестала подогревать его интерес к себе как к женщине. Многолетняя верность может держаться на нежной дружбе, особенно когда такая дружба согрета совместной любовью к детям, оживлена общими интересами и, наконец, подкреплена чувством супружеского долга. Но что же тогда делает примерного семьянина искателем приключений? Я думаю, это инстинктивная тяга человека к новому, подкрепляемая распространенным мифом о полигамности мужчины. Наиболее мудрые женщины учитывают это и ведут себя с мужем артистично, создавая у него ощущение всегда чего-то нового, неожиданного. Таким образом, у мужа появляется ощущение обладания разными женщинами – постоянство, основанное на непостоянстве!

Хотя у «потерпевших» женщин часто встречается болезненная реакция, как поначалу у Веры, надо отдать ей должное: она не искала встреч с соперницей, чтобы уговорить ее оставить мужа в покое, не пошла по пути грубого эмоционального давления на него. Однако ее подавленность,

едва сдерживаемые слезы, постоянная тихая укори́зна во взгляде наполнили дом такой атмосферой, что мужу нелегко было выполнить свое решение сохранить семью. Веру стали посещать такие мысли: «Лучше бы он тяжело заболел, я бы за ним ухаживала и знала бы, что он мой». Ее собственный, окольцованный обручальным кольцом, прикованный к постели, ее целиком и навечно... Вера настолько ушла в свои переживания, что даже не пыталась понять мужа. «Ему, наверное, сейчас тоже тяжело» – вот и все, что она могла сказать о внутреннем состоянии мужа.

Веру с мужем объединяли общие духовные интересы: оба они педагоги. Оба очень любят детей, способны на самопожертвования. Но, как видно, от ревности не застрахован и союз, основанный на духовной близости, только ревность здесь проявляется своеобразно. Для Веры любовь – это прежде всего забота о близком человеке. Однако ее не устраивало решение мужа лишь заботиться о ней. Хотелось быть единственной, самой родной и желанной.

К счастью, Вера недолго оценивала поведение супруга с моральной точки зрения. Реальная угроза потерять мужа оживила чувство любви к нему, до этого, видимо, заторможенное преувеличенным чувством супружеского долга, потребностью в заботе о семье.

Я предложил супругам «условный развод»: раздельное ведение хозяйства, невмешательство в дела друг друга. Обычно в таких условиях страсти утихают, появляется возможность найти новую платформу для совместной жизни. И действительно, благодаря этому они смогли увидеть друг в друге не только единомышленников и товарищей по работе, но и интересных, многогранных, непредсказуемых партнеров. Через несколько месяцев муж вернулся в семью. На очередную годовщину своей свадьбы они пришли ко мне с букетом цветов: теперь это была не просто дружная, но и счастливая семья.

Аддикция избегания и избавление от одиночества

Любовь – главный способ бегства от одиночества, которое мучит большинство мужчин и женщин в течение почти всей их жизни.
Бертран Рассел

Аддикт **избегания** не менее любовного аддикта нуждается в любовном наркотике, однако скрывает это за маской самодостаточности. Для аддикта избегания характерны следующие черты: *сверхценное* отношение к ЗД, которого внешне избегают; закрытость внутренней жизни от ЗД из-за проективного страха контроля с его стороны и «поглощения» им; формирование заместительных аддиктивных отношений с другими объектами.

Созависимость между любовным аддиктом и аддиктом избегания может развиваться с самого начала их взаимоотношений. Формируется порочный круг: чем больше активности проявляет любовный аддикт, тем более отдаляется от него аддикт избегания, усиливая тем самым у партнера страх отвержения и покинутости и стимулируя его активность. Нарастает конфликт зависимых отношений, в ходе которого аддикт избегания начинает удовлетворять свои аддиктивные потребности в другой любовной связи, менее опасной для его интимофобии, или в других аддикциях: воспитательной, трудогальной, алкогольной и т. д.

Если пару составляют два аддикта избегания, обычно они заключают между собой негласный договор о дистанцированных отношениях, при которых каждый имеет право на интенсивные деловые или интимные контакты с другими или оба могут увлекаться совместным делом, хобби, заменяя ответственные, эксклюзивные интимно-личные отношения товарищескими или приятельскими (гражданский брак, открытая семья).

Любовные аддикты и аддикты избегания страдают из-за отсутствия интимности и доверия в своих отношениях. Они испытывают чувства неценности и ненужности, однако не могут создать интимные отношения с неаддиктивными людьми и не увлекаются ими, считая их непривлекательными, неинтересными. В других людях их привлекает то, что, во-первых, ностальгически знакомо, во-вторых, дает надежду на реализацию детских фантазий и, в третьих, обещает излечить раны, являющиеся следствием детских объектных отношений. Аддикты избегания избирательно общительны, не склонны к стабильным личным отношениям, нередко предпочитают жить в одиночестве.

Вслед за Дж. Янгом (1989) мы выделяем шесть ступеней в иерархии одиночества и, соответственно, стратегий его преодоления. *1-я стадия* – жизнь в одиночку. Одиноким пациенты часто испытывают потребность в установлении дружеских или любовных отношений. Причем эти отношения зачастую нужны им для того, чтобы избавиться от страха покинутости. В то же время из опасения быть отвергнутыми пациенты предпочитают проводить время дома. Психологическая коррекция заключается, прежде всего, в осознании болезненно вытесненной потребности в общении, переключении внимания больного с его состояния на ситуацию одиночества и поиске ее психологических причин. Чтобы активизировать коммуникативную сферу пациента и получить материал для терапевтической работы, следует составить вместе с ним поэтапный план расширения круга его общения, уже на первом этапе работы можно применять терапию публичным досугом.

Важно также актуализировать положительные качества пациента на основе воспоминаний о его удачном прошлом опыте близких отношений. Пациенту помогают пересмотреть убеждения типа: «Чтобы иметь друзей, надо быть красивым, веселым, умным». В процессе беседы пациент осознает, что он сам при выборе друга не считал бы эти качества обязательными, следовательно, не стоит приписывать подобные требования другим. При выраженном недовольстве своей внешностью может помочь коррекция определенных особенностей

фигуры – например, путем диеты, физических упражнений, пребывания на свежем воздухе. В некоторых случаях необходимо стимулировать обращение к стоматологу, окулисту, косметологу.

2-я стадия – случайные дружеские связи. Пациенты боятся растеряться в ситуации общения, получить плохую оценку со стороны окружающих. Осознанию необоснованности подобных ожиданий способствуют такие вопросы, как «Каковы доказательства того, что за вами все наблюдают, постоянно оценивают? Отвергнете ли вы сами того, кто проявил неловкость, оступился в социальном плане?». Для снижения уровня социальной тревоги с пациентом проигрывают ситуации общения, подчеркивая его коммуникативные возможности. Кроме того, ему рекомендуют во время общения переключать внимание с себя на партнера. При недостаточном развитии социальных навыков следует разработать совместно с пациентом программу тренинга, которая реализуется в ходе ролевых игр с терапевтом, обеспечивающим обратную связь, и «домашних заданий» с их последующим анализом. В работе с шизоидными личностями необходимо показать им, что возникающие у них трудности во взаимоотношениях с окружающими во многом обусловлены идиосинкразическим характером их мышления, и предложить им внимательнее слушать собеседника. Актуализации гедонистических мотивов коммуникативного поведения способствует тренинг сексуальности.

Лица с паранойяльной акцентуацией характера отличаются недоверчивостью, подозрительностью, они заранее убеждены, что все люди являются эгоистами и манипуляторами. Пациента полезно попросить рассказать о таких людях, предложить «испытать» знакомых. В процессе работы пациента неоднократно спрашивают, может ли он сейчас доверять терапевту, и если нет, то почему. Подобная тактика позволяет выявить негативные интерпретации действий терапевта и их неадаптивный характер, повышает доверие к терапевту и другим людям.

3-я стадия – взаимное самораскрытие. Пациенты считают, что люди отвергли бы их, если бы узнали об их слабостях и «постыдных тайнах». Они убеждены, что не имеют права «взваливать собственные проблемы на других». Первый шаг к налаживанию интимных взаимоотношений состоит в повышении доверия к другому. Задача терапевта – поощрить пациента открыться пред потенциальным другом, ищущим сближения. С пациентом разыгрывают ситуацию, в которой терапевт играет роль пациента, а тот – друга. Терапевт «раскрывает» некоторые тайны пациента, последний слушает его и откликается на доверие, испытывая не желание отвергнуть партнера, а понимание и сочувствие. В результате пациент понимает, что его страхи необоснованы, что другие люди похожи на него и могут понять и разделить его проблемы, а самораскрытие повышает интимность взаимоотношений.

4-я стадия – встреча потенциального интимного партнера. Пациенты обычно считают, что они не смогли встретить «подходящего человека». Однако симпатия к другому основана на общих чертах с ним. Если человеку никто не нравится, то скорее всего он не нравится сам себе. Поэтому в таких случаях пациенту необходимо пройти предыдущие стадии работы. После повышения самооценки пациента его поощряют установить доверительные отношения с другом, проявившим инициативу. Затем возникает проблема самостоятельного выбора партнера. Совместно с пациентом терапевт разрабатывает различные способы знакомств: контакты со старыми друзьями, поиск партнера через посредников, сближение с сотрудниками или соседями, вступление в организацию с подходящими для пациента интересами, принятие позиции свободного одинокого человека, «открытого» для выбора.

Пациенты испытывают страх быть отвергнутыми при знакомстве, поэтому им рекомендуют чаще встречаться с людьми, пытаться лучше понять их – возможно, они готовы принять знаки внимания пациента и подходят для более глубокого знакомства. В ряде случаев выбор пациента ограничивается сложившимся стереотипом прошлых неудачных отношений, причем, несмотря на неудачу, его по-прежнему привлекают люди, заведомо не

соответствующие его потребностям: жестокие, отвергающие, возбудимые или чрезмерно зависимые. Необходимо идентифицировать данный тип людей и помочь пациенту осознать перспективу общения с ними: стойкие негативные эмоции перевесят пылкое увлечение.

5-я стадия – углубляющаяся близость. Пациенты, отвергнутые в сфере интимных отношений, нередко испытывают чувство разочарования в себе и человеке, которому доверяли. Необходимо помочь пациенту взглянуть на эти взаимоотношения в ином аспекте. Если сохраняется уверенность в своей ошибке – предложить изменить поведение таким образом, чтобы не повторять ее. Пациента следует отучить судить о будущем только по опыту прошлого, тогда риск остаться одному выглядит по-другому. Пациенты, обеспокоенные вопросами секса, обычно боятся оказаться несостоятельными любовниками. Надо помочь им пересмотреть отношение к близости как к спектаклю или экзамену, понять, что смысл сексуальных отношений не во взаимной оценке, а в возможности получать и давать наслаждение – в том числе и признанием того, как много получил сам. Осознанию неадаптивных установок в данной сфере способствует просьба терапевта привести альтернативное объяснение того, почему кто-либо не сумел вовремя откликнуться на сексуальный призыв пациента. Поощряется откровенность в выражении сексуальных переживаний, что уменьшает чувство изолированности и укрепляет гедонистические, жизнеутверждающие тенденции.

6-я стадия – долгосрочные эмоциональные обязательства. Пациенты нуждаются в стабильности интимных отношений, но в то же время испытывают страх, что они пойманы в ловушку, и боятся взять на себя обязательство перед партнером. Они опасаются, что не способны ответить взаимностью на любовь, что потеряют свою свободу, свою индивидуальность, если сойдутся слишком близко. Следует убедить пациента, что идеал равных обязательств и полной взаимности достигается на поздних этапах развития взаимоотношений. Никто не обязан соответствовать требованиям другого. О степени интимности и зависимости, свободе и обязательствах можно и нужно договариваться постепенно, при условии доброжелательности и взаимного доверия партнеров. В интимно-психологической сфере некоторые пациенты ведут себя с партнером излишне пассивно, не открывают своих негативных чувств. Не давая партнеру обратной связи, пациенты в то же время убеждены, что он и так догадывается, чего они хотят, и, следовательно, сознательно обижает их. В результате напряженное молчание переходит в непонятные вспышки обиды и гнева с последующими самоупреками.

В процессе терапии пациент осознает, что имеет право высказывать свои желания без страха отвержения, начинает относиться к проявлениям неудовлетворенности, критики и гнева как к нормальным компонентам долгосрочных отношений, а не как к предвестникам разрыва. В ряде случаев имеет смысл «прорепетировать» конструктивное разрешение скрытого межличностного конфликта. У пациентов с конформной акцентуацией характера – строгих, бескомпромиссных, упрямых, требовательных и морализующих – в коммуникативной сфере часто присутствуют нереалистические установки. Они считают, что заставляют других делать только то, что «любой посчитал бы правильным». При разочаровании в партнере такие пациенты испытывают обиду и гнев. На стадии влюбленности они могут не замечать «слабостей» партнера или ожидать его «исправления» в будущем. Затем начинают критиковать его, придираются, обвинять в упрямстве. Такие пациенты верят в абсолютные стандарты «правильного» и «неправильного», нетерпимы к иным взглядам. Они не могут и не хотят приспособиться к партнеру, требуя этого от него, обвиняют его в разрыве: «Лучше одиночество, чем мириться с недостатками партнера». Терапевт должен показать, что «абсолютные» стандарты очень редко совпадают с индивидуальными, каждый человек имеет право жить по своему вкусу. Терпимое отношение и принятие точки зрения других людей выгоднее, чем повышенная требовательность, которая приводит к разрушению отношений и одиночеству. Некоторые особенности партнеров, которые пациент расценивает как

недостатки, – разумная цена, которую можно заплатить ради достижения близости и сохранения хороших отношений. Для профилактики рецидивов необходима коррекция личностных расстройств с помощью динамической и когнитивно-поведенческой терапии.

☺ Если боитесь одиночества, то не женитесь.

А. Чехов

Созависимость

Клиника и течение

*Страховала ты меня с наслаждением.
Владимир Высоцкий*

Созависимость понимают как нарушение личностных границ в области интимных и духовных взаимоотношений; слияние всех интересов человека с аддиктом. М. Битти (1997) называет созависимым человека, который позволяет другому влиять на свое поведение и который навязчиво контролирует поведение этого другого. Когда у значимого другого (ЗД) возникают проблемы, созависимая женщина (а созависимость развивается обычно у женщин) чувствует жалость, озабоченность и вину. Она испытывает непреодолимое стремление решить эти проблемы, оставляет собственные дела, теряет сон, изо всех сил пытается помочь ЗД жить так, как она считает правильным, а когда ее непрошеное вмешательство оказывается неэффективным, испытывает раздражение. Часто она делает за ЗД то, что тот мог бы сделать сам, повышая тем самым собственную самооценку. С другой стороны, она гордится достижениями ЗД, как своими собственными. Получая от него что-нибудь, чувствует неуверенность и вину. Гораздо больше говорит о ЗД, чем о себе самой. Пытается доставить ему удовольствие, вместо того чтобы сделать что-нибудь для себя. С возмущением ругает тех, кто выступает против ЗД, будучи уверена в своей правоте. У нее всегда множество неоконченных дел и никогда нет сил и времени, чтобы завершить их.

Созависимая жена или мать алкоголика или наркомана беспокоится из-за того, что ЗД много пьет или потребляет наркотики; в то же время отрицает наличие аддикции, соглашается с его образом жизни, пытается употреблять ПАВ вместе с ним, берет на себя выполнение его семейных обязанностей, оправдывает его промахи и недостатки. Снабжает аддикта деньгами, хотя испытывает денежные затруднения из-за того, что ЗД много тратит на ПАВ то пополняет запасы вещества, то уничтожает его. Она стыдится его поведения или страдает из-за него; состояние ЗД и его аддиктивное поведение заставляет ее отказываться от своих семейных планов, встреч друзьями и т. д. Чувствует, что ПАВ для аддикта важнее, чем она, но лжет, чтобы защитить его и обвиняет во всем его друзей. Боится прямо сказать ЗД о чем-то неприятном, опасаясь вызвать срыв; чувствует себя виноватой в том, что не может удержать его от потребления ПАВ. Целует мужа на пороге с тайной целью уловить запах алкоголя; разыскивает спрятанные им бутылки спиртного или наркотики. Несправедливо относится к детям, родителям, сотрудникам только из-за злости на ЗД за его аддиктивное поведение. Считает, что никто не понимает его проблем, рассчитывает, что все они будут решены, если ЗД исправится. Думает: «Если бы он меня любил, то исправился бы». Пытаясь напугать ЗД и заставить его просить прощения, ругается с ним, бьет его, отказывает ему в сексе, угрожает бросить или выгнать его, покончить с собой, разрушить дом и т. п. Отдаляется от него, отталкивает от него друзей, вместо него договаривается о встречах и отменяет их. Тайно подкладывает лекарства, укладывает в больницу, провоцирует арест. «Купается» в жалости к себе и избегает получения помощи.

С пищевым аддиктом созависимая ведет себя следующим образом. Контролирует вес подопечной (чаще всего это дочь), переживает за ее фигуру; непрерывно волнуется за больную, ходит на цыпочках, чтобы не расстроить ее. Когда застает обжору за перееданием, произносит гневные тирады; связывает ее неустойчивое настроение, резкость, колебания настроения с пачкой печенья или коробкой конфет; прячет еду от обжоры или выбрасывает

ее; покупает правильную пищу и поощряет ее потребление, делает обещания, основанные на изменении веса. Манипулирует бюджетом, чтобы контролировать расходы на еду; поощряет гимнастику, здоровый режим и чудесные средства оздоровления; как бы случайно оставляет на видных местах «подходящую» литературу. Постоянно расстраивается из-за рецидивов; неискренне утешает свою подопечную, когда та расстроена; устраивает испытания силы воли, чтобы подразнить ее; угрожает оставить больную из-за ее веса. Радует, что она сама не такая; подавляет свои опасения, что способна вести себя так же; много говорит о питании; использует продукты как взятку. Читает литературу о диетах, хотя не имеет проблем с весом; соблюдает диету; набирает вес, когда аддикт худеет. Изменяет свою социальную активность, чтобы у обжоры не было соблазна; все меньше уделяет внимания себе; использует пищевое расстройство ЗД как возможность избегать чего-то и не развиваться. Считает, что в семье все идеально, кроме пищевого поведения аддикта; мечтает о том, как было бы прекрасно, если бы оно изменилось. Все больше беспокоится о своем здоровье; много пьет, принимает снотворные и транквилизаторы, в своей терапии говорит в основном о ЗД.

Когда аддикт начинает лечиться, созависимая провоцирует срыв. Она чувствует ответственность за его выздоровление, проверяет ход лечения, следит, чтобы он принимал лекарства, в то же время высмеивает способы терапии, скрывает факт лечения от близких, хотя о существовании проблемы рассказывает всем. Она активно препятствует встречам аддикта с бывшими собутыльниками, старается везде его сопровождать, волнуется, когда он остается один, принимается к нему. Все решения принимает сама, пытается контролировать его деятельность, защищает его в ситуациях социального взаимодействия, избегает посещать вместе с ним места и мероприятия, где присутствует алкоголь, хотя в первое время это рекомендуется. Имеет нереалистические ожидания, возлагает на него слишком много обязанностей, обвиняет его в финансовых проблемах. Не стремится ни к каким изменениям, желая изменить лишь самого аддикта; постоянно попрекает его за прошлое, проявляет нечестность, манипулирует своими чувствами. В случае срыва реагирует по-старому.

У созависимых выявляется, по сути, та же клиническая картина, что и у зависимых:

- обсессивно-компульсивное влечение к объекту зависимости с доминированием в сознании мыслей о больном;
- утрата контроля над поведением зависимого, а также над своими чувствами и жизнью;
- отрицание, проекция, рационализация: «У меня нет проблем, проблемы у моего мужа (сына)»; «Это друзья сбивают его с толку».
- неспособность трезво мыслить, как при опьянении;
- самообман, ложь;
- обида на членов семьи, необоснованные требования, словесная и физическая агрессия;
- отчужденность, замкнутость, изоляция;
- депрессия с преобладанием душевной боли, вины, стыда, ненависти;
- низкая самооценка, допускающая саморазрушительное поведение;
- все возрастающая выносливость к эмоциональной боли, как у зависимого – к ПАВ;
- тенденция вступать после разрыва с зависимым в новые созависимые отношения, как абстиненция прерывается новой дозой ПАВ;
- сопутствующие аддикции: трудовоголизма, зависимость от транквилизаторов, никотина, алкоголя;
- психосоматические расстройства;
- отказ от лечения, неверие в него;
- рецидивирующее течение.

Выделяют следующие варианты созависимости: 1) циклический, когда созависимый позволяет аддикту «грешить», чтобы затем он искупал свой грех; 2) ролевой, когда созависимый боится позволить аддикту взять ответственность на себя; 3) договорной, когда созависимый игнорирует аддиктивное поведение, лишь бы аддикт выполнял определенные обязанности; 4) дистанцированный, когда аддикту позволяет все, лишь бы сохранить видимость отношений для окружающих.

В течении созависимости выделяют 4 фазы. Фаза *озабоченности* включает возникновение тревоги за зависимого, периодическое появление токсических эмоций (ТЭ): стыда, вины, обиды, ненависти. Отмечается отрицание проблемы, повышение переносимости разрушительного поведения зависимого, появление провалов в памяти. Фаза *самозащиты* включает тотальный, но неэффективный контроль и опеку над зависимым, манипулятивное использование ТЭ с их отрицанием, высокую терпимость к боли, причиняемой зависимым, учащение провалов в памяти, чувство полной ответственности за семью, утрату контроля над своей жизнью.

В фазе *адаптации* созависимый приспосабливается к трудностям, в том числе к распаду семьи, концентрирует все свои действия на зависимом, стремится изолировать и самоотверженно опекать его. Он старается демонстрировать «идеальное» поведение, в то же время бурно реагирует на рост потребления ПАВ зависимым, ТЭ выходят из-под контроля, появляется рассеянность. Нарастают жалость к себе, чувство непереносимой обиды. Созависимый остро переживает чувства вины и стыда, ощущение собственного поражения, его самооценка падает до критически низкого уровня, он обращается за медицинской или психологической помощью. Фаза *истощения* характеризуется максимальной интенсивностью агрессивных ТЭ, их использование рационалистически обосновывается. Полностью утрачиваются терпимость к зависимому и чувство собственного достоинства. Возникает чувство отчаяния, нарастает тревога, появляются тремор, страхи, психические и психосоматические расстройства.

Зависимым семьям присущ ряд общих черт: страх перед чужими людьми и изоляция от них, тесная сплоченность, фетишизация брака, денег и власти. Для этих семей существует только материальный мир, они ни во что не верят. Члены семьи полностью зависят от оценки родных и окружения, нельзя искать помощи вне семьи. Неудача, отъезд или смерть одного из членов семьи переживаются всей семьей одинаково трагически. Вместо любви семья держится на чувствах жалости и долга, обиды и вины, общих вкусах и оценках людей. Семья опирается на традиции прошлого, боится изменений, с тревогой смотрит в будущее. Источником ее энергии служат не радости текущей жизни, а тревоги и волнения.

Е. М. Симонова (2001а) описывает три типа матерей химически зависимых детей: 1) «мама-девочка», сохранившая дозамужние интересы и безразличная к ребенку; 2) «мать-героиня», организует лечение членов семьи, страдающих алкоголизмом и нередко сама начинает лечиться от наркомании вместо своего ребенка; 3) «мать-страдалица», самоотверженно борется с неисчислимыми проблемами семьи, одновременно усугубляя их (например, «из жалости» дает сыну деньги на героин). Отцы этих детей также представлены тремя типами: 1) «отец-герой», лишаящий ребенка ответственности за его аддиктивное поведение; 2) агрессор, жестоко наказывающий ребенка за аддиктивное поведение, нередко сам страдает алкоголизмом; 3) «отсутствующий отец» – разведенный, двоеженец, тихий алкоголик, трудоголик.

Дети в созависимой семье принимают одну из следующих ролей. «Герой» защищает своих родственников, в первую очередь братьев и сестер, от родителей-алкоголиков или наркоманов; «козел отпущения» ведет себя плохо, чтобы отвлечь родителей от семейных конфликтов, связанных со злоупотреблением ПАВ, и сплотить семью перед лицом необходимости своего спасения. «Потерянный ребенок» помогает сохранить семью тем, что ничего

не требует; «весельчак» делает то же самое с помощью шутовства. Впоследствии «герой» может стать трудоголиком и «перегореть» или заболеть психосоматическим расстройством. «Козел отпущения» рискует стать изгоем, «потерянный ребенок» – впасть в депрессию, а «весельчак» – остаться шутком, которого никто не воспринимает всерьез.

Как указывает Е.В. Змановская (2003), психика членов созависимой семьи претерпевает следующие изменения:

- собственное Я теряется, происходит фиксация на употреблении ПАВ одним из членов семьи;
- поведение аддикта фактически полностью определяет эмоциональное состояние других членов семьи;
- преобладают аффекты ярости, вины, отчаяния;
- резко падает самооценка и самоуважение, например, появляется убеждение «мы плохие, мы сами виноваты во всем»;
- усиливаются лже-роли: Жертвы («за что мне такие мучения»), Спасителя («я спасу его, чего бы мне это ни стоило»);
- появляется состояние эмоционального отупения и апатии, наступает изоляция;
- на фоне хронического стресса неуклонно ухудшается здоровье: обостряются соматические болезни, развивается депрессия.

Созависимость приводит к психопатизации личности, сходной с изменением личности химически зависимого. Вместо любви к близким нарастает ненависть, появляется болезненная ревность и зависть, теряется вера во всех и надежда на лучшее, нарастает социальная изоляция и дезадаптация. Это понимала Анна Ахматова:

Есть в близости людей заветная черта,
Ее не перейти влюбленности и страсти, —
Пусть в жуткой тишине сливаются уста
И сердце рвется от любви на части.

И дружба здесь бессильна, и года
Высокого и огненного счастья,
Когда душа свободна и чужда
Медлительной истоме сладострастья.

Стремящиеся к ней безумны, а ее
Достигшие – поражены тоскою...
Теперь ты понял, отчего мое
Не бьется сердце под твоей рукою.

Происхождение созависимости

*Ничто так не привязывает человека к человеку, как
беспомощность.*

Леопольд Новак

Стремление созависимого контролировать поведение аддикта обусловлено потребностью избежать неблагоприятных последствий невнимания к своим собственным проблемам. Многие аддикты отношений нуждаются в людях, отражающих их собственные пороки, для того чтобы бороться с ними (проекция). Аддиктивное вещество или занятие становится катализатором созависимости, а аддикция «подопечного» – ее оправданием.

Бэрри и Джерей Уайхолд (2002) анализируют психологию созависимости следующим образом. Созависимые личности видят смысл своей жизни в отношениях с аддиктивным партнером, сосредоточивают все свое внимание на том, что он делает или чего не делает. Они используют эти взаимоотношения так же, как некоторые люди используют алкоголь или наркотики. Они становятся зависимыми от другого человека и пребывают в убеждении, что не могут существовать и действовать независимо от него либо обходиться без взаимоотношений с ним. Они не способны определять свои психологические границы. Созависимые люди не знают, где заканчиваются границы их собственной личности и где начинаются личностные границы других людей. Они склонны воспринимать чужие проблемы как свои собственные. Стараются всегда производить хорошее впечатление на окружающих, пытаясь управлять их восприятием. Они всегда стараются угодить другим людям, не доверяют собственным взглядам, восприятию, чувствам или убеждениям. Созависимые слишком зависимы от чужого мнения и не защищают собственные взгляды и убеждения. Стараются стать необходимыми другим людям. Тратят последние силы, чтобы сделать то, что, по их мнению, могут сделать для других людей только они, хотя на самом деле те могут сделать это для себя сами. Они играют роль мучеников, благородно страдают. Они мирятся с невыносимыми ситуациями, так как считают, что должны это делать. Умеют контролировать других людей. Они пытаются контролировать все происходящее вокруг, но обычно безуспешно, так как это им не по силам. Они искажают свои чувства и проявляют их только тогда, когда считают, что вправе это делать. Созависимые люди не в ладах со своими чувствами, поэтому им не хватает проницательности. Они легковерны, плохо разбираются в характере человека и видят только то, что хотят видеть. Теряют контакт со своей духовной сущностью. У них преобладает «черно-белое» мышление, они являются робкими, ригидными и ограниченными людьми.

Созависимая личность злится, чтобы скрыть свой страх, печаль или обиду. Впадает в состояние депрессии, вместо того чтобы действовать. Если действует, то жестко и категорично, сдерживая свои чувства. Она считает выражение чувств признаком слабости. В своих несчастях она обвиняет других людей. Она позволяет другим людям управлять своими мыслями, переживаниями и действиями. Ее мысли блокируют чувства или чувства блокируют мысли. Она выражает только оправданные или «скандальные» чувства. Стараясь контролировать других, она приписывает чувствам слишком большую власть. Она убеждена, что чувства плохи и их следует избегать. Увлекается сутью дела, чтобы избежать переживаний.

Авторы выделяют условия, ведущие к развитию созависимости. Это стремящиеся к совершенству, принуждающие и наказывающие родители, устанавливающие жестокие правила. Принятие жестких ролей, предписанных родителями, масса семейных секретов. Зависимость от алкоголя, наркотиков, пищи, работы, секса, другого человека и т. п. Слишком

серьезная и тяжелая атмосфера, в которой каждый ведет себя как жертва, и единственное допустимое проявление юмора – высмеивать других и превращать детей или посторонних в мишени для насмешек. Невозможность уединения, полное отсутствие личных границ. Детям не дается права на тайну. Один или оба родителя больны – умственно или физически. Родители находятся в созависимых отношениях. Имеется физическое, сексуальное или эмоциональное злоупотребление ребенком со стороны взрослого или взрослых. Родители исподволь внушают ребенку ложное чувство лояльности по отношению к семье. Никому не разрешается говорить с посторонними о семье; другие люди воспринимаются как враждебные. Детям не разрешается проявлять сильные чувства. Конфликты между членами семьи игнорируются или отрицаются при полном отсутствии подлинного единства в семье. Некоторые члены семьи объединяются в подгруппы, чтобы защититься от других и злоупотреблять ими.

Развитие созависимости включает следующие этапы. Неадекватная связь; недостаток воспитания и заботы. Уничтожение и подавление всех внутренних конфликтов. Вознаграждение за удовольствия, доставленные другим, никакого поощрения независимых действий. Никакой поддержки в защите личных границ. Неудачная попытка сепарации, ведущая к росту зависимости от других людей и появлению страха быть брошенным. Растущая толерантность к скрытой эмоциональной боли. Развитие компульсивного и зависимого поведения, направленного на избегание эмоциональной боли. Развитие чувств стыда и вины, ведущее к дальнейшему снижению самооценки. Ощущение утраты сознательного самоконтроля, ведущее к манипулятивному и подчиненному поведению. Формирование личностных защит, таких, как проекция, отрицание, рационализация. Развитие заболеваний, связанных со стрессом. Частое использование компульсивных и зависимых действий для управления собой и другими. Трудности в интимных отношениях. Частая смена настроений. Ложь, мошенничество и другие асоциальные действия. Хроническое невезение. Жизнь в условиях кризиса и упадка сил, ощущение близкой смерти.

Чаще всего данным расстройством страдают женщины, перенесшие в детстве хроническое соматическое заболевание или тревожное расстройство, вызванное разлукой или потерей родителей. Они происходят из нервной, подавляющей или конфликтной семьи, хотя склонны отрицать это. Основные правила в таких семьях: «Не верь! Не смей говорить о реальных проблемах! Не смей чувствовать!» Высокоморальная жена алкоголика с подавленными гедонистическими, эгоистическими и садистическими потребностями терпит мужа из страха покинутости и одиночества. Ее муж – обычно тоже зависимая личность, и если алкогольная зависимость у него выражена явно, то личностная скрывается за маской гиперкомпенсаторного стереотипа доминирования. В такой паре созависимый с тревогой воспринимает проявления у супруга черт своей собственной личности и в то же время неосознанно провоцирует их как форму поведения, которую опасно реализовать самому. Возможное осложнение зависимого расстройства личности – депрессия.

☺ Друзья тебя любят, каким ты есть; жена тебя любит и хочет сделать из тебя другого человека.

Гилберт Честертон

Диагностика

*Женщины лишают свободы лишь тех, кто не знает, что с ней
делать.*

Хелена Жмиевская

По Поттер-Эфрону (2002), созависимость диагностируется, когда у человека выявляется не менее пяти из следующих восьми характеристик.

1. Страх: постоянная сосредоточенность на проблемах других; непреходящая тревога, опасения и чувство страха; избегание риска в межличностных отношениях, недоверие к людям; повторяющееся, привычное контролирующее поведение; сверхответственность; попытки манипулировать другими, изменять их поведение.

2. Стыд и вина: постоянное чувство стыда как в связи с собственным поведением, так и поведением других; постоянное чувство вины за проблемы других; изоляция от окружающих, чтобы скрыть стыд за себя или за семью; ненависть к себе; проявления надменности и превосходства, связанные с низкой самооценкой.

3. Затянувшееся отчаяние: отчаяние и безнадежность, связанные с изменением существующей ситуации; пессимистический взгляд на мир; низкая самооценка и ощущение поражения (я – неудачник), не соответствующие реальным достижениям;

4. Гнев: постоянный гнев, направленный на зависимого, семью или себя; страх потерять контроль в гневе; гнев, касающийся духовной сферы, в том числе гнев на Бога; пассивно-агрессивное поведение, особенно в отношении зависимого.

5. Отрицание: постоянное отрицание источника семейной беды; постоянное преуменьшение тяжести проблемы; использование оправданий для защиты аддикта от негативных последствий его поведения.

6. Ригидность: когнитивная ригидность; поведенческая ригидность, включая ригидность ролей; духовная, моральная и аффективная ригидность – преобладание какого-либо одного чувства: вины, жалости, гнева.

7. Нарушение самоидентификации: неумение выдвигать свои требования или заботиться о своих нуждах; трудности в отделении себя от других, своей боли от боли других; зависимость от других личностей с потребностью получать от них подтверждение своей ценности и навязчивым беспокойством о произведенном на них впечатлении.

8. Смущение, замешательство: постоянная неуверенность в том, что же является нормой; неуверенность в том, что реально, а что нет; постоянная неуверенность в собственных чувствах, включая тенденцию определять все чувства одним знаком; легковёрность; нерешительность.

С.А. Кулаков (2002) приводит шкалу общей оценки созависимости.

«Член семьи» – это любой член семьи, потребляющий ПАВ; «другие люди» – близкие и другие окружающие люди. Варианты ответа: 0 – нет, 1 – иногда, 2 – да.

1. Направляете ли вы свою энергию на решение проблем других людей?

2. Теряете ли вы сон из-за проблем и поведения других людей?

3. Чувствуете ли вы ответственность за других людей – за их чувства, мысли, действия, выбор, желания, потребности, благополучие, судьбу?

4. Чувствуете ли вы злость, когда ваша помощь оказывается неэффективной?

5. Пытаетесь ли вы доставлять удовольствие другим, вместо того чтобы получать удовольствие от жизни?
6. Даете ли вы другим советы, когда они не просят вас об этом?
7. Считаете ли вы себя жертвой, не оцененной людьми, которым помогали?
8. Чувствуете ли вы вину, если тратите деньги на себя?
9. Боитесь ли вы отвержения близких людей?
10. Часто ли вы испытываете чувство вины?
11. Боитесь ли вы позволить себе быть естественным?
12. Боитесь ли вы позволить другим людям быть теми, кто они есть?
13. Беспокоитесь ли вы о том, нравитесь ли вы другим, любят ли вас другие люди?
14. Даете ли вы событиям течь естественным путем?
15. Сносите ли вы оскорбления, чтобы удержать рядом людей, которых любите?
16. Можно ли сказать, что вы не умеете говорить «нет»?
17. Избегаете ли вы говорить о себе, о своих проблемах, чувствах и мыслях?
18. Поддерживаете ли вы такие отношения, в которых люди причиняют вам страдания?
19. Боитесь ли вы вызвать чувство гнева у других людей?
20. Стараетесь ли вы подавлять свои чувства?
21. Испытываете ли вы трудности в сексе, не решаясь попросить партнера сделать то, что вам приятно?
22. Испытываете ли вы финансовые затруднения из-за того, что член семьи употребляет ПАВ?
23. Приходится ли вам лгать, чтобы покрывать наркотизацию близкого человека?
24. Есть ли у вас ощущение, что ПАВ значат для члена вашей семьи больше, чем вы?
25. Думаете ли вы, что наркотизация члена вашей семьи связана с тем, что он дружит с определенной компанией?
26. Высказываете ли вы угрозы, например, такого содержания: «Если ты не бросишь наркотики, я выгоню тебя из дома!» или другие угрозы?
27. Боитесь ли вы огорчить члена семьи из страха, что это спровоцирует срыв?
28. Не кажется ли вам, что из-за наркотизации члена семьи вы не можете уехать куда-то надолго, оставив его дома одного?
29. Не приходилось ли вам думать о вызове милиции из-за агрессивного поведения члена семьи в состоянии наркотического опьянения?
30. Приходилось ли вам искать спрятанные наркотики?
31. Есть ли у вас такое чувство, что если бы член семьи вас любил, то он прекратил бы употреблять наркотики, чтобы доставить вам удовольствие?
32. Испытываете ли вы иногда чувство вины за то, что контролируете жизнь наркотизирующегося члена семьи?
33. Думаете ли вы, что если бы член семьи прекратил бы употреблять наркотики, то другие ваши проблемы были бы решены?

34. Угрожали ли вы когда-нибудь нанести себе повреждения, с тем чтобы добиться от наркомана таких слов, как «прости меня», «я люблю тебя»?

35. Относились ли вы когда-нибудь к детям, сослуживцам, родителям несправедливо только потому, что злились на кого-то, кто употребляет наркотики?

36. Есть ли у вас такое чувство, что никто на свете не понимает ваших трудностей?

37. Приобрели ли вы какую-нибудь эмоциональную или физическую болезнь в связи с проживанием с человеком, зависимым от ПАВ?

38. Пробовали ли вы разорвать взаимоотношения с людьми, которые вас неоднократно обижали?

39. Избегали ли вы контакта со специалистами, сообщавшими вам о необходимости собственного изменения?

40. Прочее (дописать свою ситуацию).

Высоким считается показатель свыше 12 баллов.

Степень выраженности созависимости определяется с помощью теста Дж. Фишера.

1. Мне трудно принимать решения.
2. Мне трудно сказать «нет».
3. Мне трудно принимать комплименты как нечто заслуженное.
4. Иногда я почти скучаю, если нет проблем, на которых следует сосредоточиться.
5. Я обычно не делаю для других то, что они сами могут для себя сделать.
6. Если я делаю для себя что-либо приятное, то испытываю чувство вины.
7. Я не тревожусь понапрасну.
8. Я говорю себе, что моя жизнь станет лучше, когда окружающие меня близкие изменятся, перестанут делать то, что сейчас делают.
9. Похоже, что в моих взаимоотношениях я много делаю для других, а они редко что-нибудь делают для меня.
10. Иногда я фокусируюсь на другом человеке до такой степени, что предаю забвению другие взаимоотношения и то, за что мне следовало бы отвечать.
11. Похоже, что я часто оказываюсь вовлеченной во взаимоотношения, которые причиняют мне боль.
12. Я скрываю от окружающих свои истинные чувства.
13. Когда меня кто-то обидит, я долго ношу это в себе, а потом однажды могу взорваться.
14. Чтобы избежать конфликтов, я могу зайти как угодно далеко.
15. У меня часто возникает страх или ощущение грядущей беды.
16. Я часто ставлю потребности других выше своих собственных.

Прочитайте эти утверждения и поставьте перед каждым пунктом то число, которое отражает ваше восприятие данного утверждения в соответствии с нижеприведенной оценкой: 1 – совершенно не согласна, 2 – умеренно согласна, 3 – слегка не согласна, 4 – слегка согласна, 5 – умеренно согласна, 6 – полностью согласна. Для получения суммы баллов замените баллы ответов по пунктам 5 и 7 на противоположные (по схеме 1=6,

2=5, 3=4) и затем суммируйте. Сумма баллов 16–32. Умеренно выраженная созависимость. Возможно, вы в фазе адаптации. Сумма баллов 33–61. Выраженная созависимость. Возможно, вы в фазе адаптации. Сумма баллов 62–96. Опасная созависимость. Вы приближаетесь к фазе истощения.

Созависимый человек имеет низкую самооценку. Выявить и уточнить области ее расширения помогает тест Уайнхолда.

Оцените каждый из приведенных ниже пунктов баллами от 1 до 4 в зависимости от того, насколько последовательно вы способны придерживаться указанной линии поведения. 1. Я вряд ли могу сделать это. 2. Иногда я могу сделать это, но по-прежнему очень нуждаюсь в развитии моих способностей в подобных случаях. 3. Я довольно часто могу делать это, но чувствую, что мог (могла) бы совершенствоваться в данной области. 4. Я могу делать это часто и удовлетворен этим.

Область А: Умение устанавливать контакт.

1. Я могу просить о помощи или просить кого-либо о чем-нибудь, не испытывая вины и не чувствуя себя неадекватным.

2. Когда я общаюсь с другим человеком, то полностью поглощен этим процессом; я не отвлекаюсь на другие вопросы.

3. Когда я разговариваю с другими людьми, мои слова и голос соответствуют моим чувствам.

4. Я принимаю активное участие в группах, и мне нравится участвовать в их деятельности.

5. Если мне кто-то нравится, я могу прямо продемонстрировать свои чувства.

6. Я могу осознавать ощущения своего тела: какие его части напряжены, когда я нуждаюсь в отдыхе и т. п. – и стараюсь удовлетворять потребности своего организма.

Количество баллов по разделу «Умение устанавливать контакт»: ____

Область Б: Искусство принимать себя.

7. Я могу выражать свои мысли, не руководствуясь тем, что услышу от других людей по данному вопросу.

8. Я могу следовать своим чувствам и давать себе волю переживать их как важную часть самого себя, не попадая в плен нежелательных чувств и не руководствуясь ими.

9. Я демонстрирую свой вкус и интересы в таких вещах, как отделка моего кабинета, манера одеваться и прочие проявления моей индивидуальности. Самовыражение в этих областях для меня более важно, чем то, что другие люди думают обо мне.

10. Иногда я предпочитаю одиночество, ухожу от других людей и остаюсь наедине с собой – отдыхаю, бездельничаю или занимаюсь тем, что доставляет мне удовольствие. В такие периоды у меня не возникает ощущения, что я использую время непродуктивно.

11. Я трачу время на работу воображения и творческие проекты.

12. Я могу высказывать собственную точку зрения даже тогда, когда другие не согласны со мной.

Количество баллов по разделу «Искусство принимать себя»: ____

Область В: Умение оказывать влияние.

13. Я могу выдерживать большую нагрузку без расстройства желудка, головной боли и т. п.

14. Я могу устанавливать четкие и твердые ограничения для себя и других людей, не стараясь выставить виноватым ни себя, ни другого человека.

15. Я могу открыто выражать свои чувства, не считая при этом, что теряю контроль над собой.

16. Я не боюсь ответственности, и мне нравится отвечать за проекты или деятельность.

17. Я могу принимать решения без чрезмерной задержки во времени или излишнего напряжения.

18. Я могу идти на риск в новых ситуациях и нахожу это увлекательным и стимулирующим.

Количество баллов по разделу «Умение оказывать влияние»:

Область Г: Искусство постоянства.

19. Я чувствую себя хорошо даже в том случае, когда другие люди не одобряют то, что я делаю.

20. Я могу признавать свои ошибки.

21. Я могу без смущения выслушивать положительные и отрицательные отзывы других людей.

22. Я могу правдиво описывать свои ощущения даже тогда, когда другие люди со мной не согласны.

23. Я чувствую себя нормально даже в тех случаях, когда мои планы не осуществляются.

24. Мне удастся превращать несбывшиеся надежды в новые стимулы.

Количество баллов по разделу «Искусство постоянства»: _____

Общее количество баллов:

Подсчет количества баллов: сложите оценки по каждому ответу. Для интерпретации результатов используйте следующий ключ: 24–48 – низкая самооценка в большинстве областей вашей жизни; 49–72 – низкая самооценка в нескольких областях вашей жизни; 73–96 – высокая самооценка в большинстве областей вашей жизни.

☺ Заботливость – это когда думают о других. Пример: одна женщина застрелила мужа из лука, чтобы только не разбудить детей.

Янина Ипохорская

Психотерапия созависимости

Лечение созависимости – длительный процесс, подразумевающий изменения на познавательном, эмоциональном, поведенческом и духовном уровнях. Прежде всего следует разорвать порочный круг явных либо скрытых враждебных отношений. Полезно научить жену алкоголика нескольким простым приемам, которые можно использовать при общении с пьяным мужем, чтобы избежать нарастания агрессии. Во-первых, не следует провоцировать его собственными враждебными поступками и высказываниями; наоборот, следует мобилизовать все свое миролюбие. Во-вторых, если он фиксируется на негативных моментах, не оспаривая этого, обратить его внимание также и на позитивные моменты. В-третьих, дать ему возможность объективно (без критической оценки) увидеть себя сейчас со стороны. И наконец, в-четвертых, переключить его эмоции на не совместимое с агрессией состояние с помощью доброжелательного (не саркастического!) юмора, нежных чувств к любимому ребенку, своей сексуальной привлекательности (разумеется, близость следует отложить, чтобы не подкреплять пьянство и агрессию).

Когнитивная терапия созависимых личностей учитывает их доминирующие установки: 1) я социально ущербный, нуждающийся, некомпетентный, слабый, беспомощный; 2) они заботящиеся, поддерживающие, компетентные; 3) чтобы выжить и быть счастливым, мне нужны другие люди; мне нужны постоянная поддержка и поощрение; 4) основной стратегией должно быть установление созависимых отношений.

При чрезмерной психологической зависимости супругов друг от друга Тодд дает парадоксально предписание: находиться в постоянных колебаниях относительно возможного развода. Поттер-Эфрон (2002) разработал трехмесячную программу, сочетающую индивидуальный и групповой подход. В ней используются образовательные приемы, осуществляется помощь членам семьи в самопонимании, принятии концепции болезни и применении принципов адекватной взаимозависимости в отношениях между близкими людьми. Данная программа направлена на изменение системы ценностей и повышение самооценки.

В. Д. Москаленко (2002а) применяет программу преодоления созависимости, которая включает в себя компоненты информирования по актуальным проблемам, коммуникативный тренинг, индивидуальную, супружескую и групповую терапию, посещение групп Ал-Анон и Нар-Анон. Вначале больная заполняет следующий опросник.

– Какова была ваша роль в родительском доме? Приходилось ли вам брать на себя ответственность за других? Чувствовали ли вы себя угнетенной, ощущали ли давление со стороны родителей?

– Что вы чувствовали к своему мужу, когда вступали в брак? Не было ли у вас такого ощущения, что он ждет от вас поддержки, заботы, готовности взять на себя ответственность за его радости и горести?

– Чего, по вашему мнению, муж ожидал от вас в браке больше всего: заботы, материнского ухода, уюта в доме или порядочности, уважения к нему?

– Как ваш супруг заботится о том, чтобы ваша жизнь была интересной и наполненной? Намекает ли он вам (или даже требует), чтобы вы продолжали образование, совершенствовались в своей профессии, реализовали все свои способности?

– Чего вы ожидаете от супруга для себя лично? Высказываете ли вы ему претензии или довольны тем, что можете служить ему и другим, быть полезной для семьи?

– Из каких источников вы черпаете основания для своей самооценки? Не является ли таким источником главным образом ответственность и забота о других? Как отразится на вашей самооценке ситуация, когда необходимость в вашей заботе исчезнет?

– Что вы делаете для себя лично в целях раскрытия собственных способностей, удовлетворения своих интересов и склонностей?

– Не зависит ли теперь ваше самочувствие целиком от внешних обстоятельств?

– Вы потратили много усилий, чтобы помочь мужу-алкоголику и скрыть от всех его пьянство. Составьте список того, что вы делали в этом направлении. Поставьте знаки «+» против тех действий, которые были успешными, и «—» против тех, которые не дали результатов. Насколько, по вашему мнению, целесообразно продолжать делать то, что оказалось бесполезным?

– Какие стороны вашей жизни разрушило пристрастие мужа к алкоголю? Какие грани вашей личности не раскрылись?

Последовательно прорабатываются следующие темы: работа с чувствами, контролирующее поведение, отстранение, действие и реакция, границы, родительская семья, самооценка, избавление от позиции жертвы, умение самостоятельно думать, работа с утратой, постановка собственных целей, отстаивание своих прав, утверждение себя.

К. Уилсон и Э. Голдман (1997) для лечения созависимых используют психодраму. Предварительная задача – растопить лед недоверия, свойственный таким больным. Для ее решения вначале применяются простые методы: групповое расслабление, глубокое дыхание, сосредоточенность на своих ощущениях с закрытыми глазами. Затем ведущий задает каждому вопросы о важных людях и событиях в его жизни, важнейших чертах его личности, ведущих интересах и т. п., причем ведущий и сам дает ответы на эти вопросы. Далее участники проделывают парные упражнения на повышение доверия, например, «Слепой и поводырь». Партнеры обмениваются ролями и затем все делятся своими впечатлениями.

На первом этапе работы достигается осознание роли алкоголя в семье. Каждый участник составляет из членов группы две социогаммы: родительской и собственной семьи. Это позволяет ему воочию увидеть влияние поведения алкоголика в родительской семье на его собственную семейную жизнь. Не менее важно, что при этом разрывается заговор молчания об алкоголизме в семье родителей. Наступает время работы с чувствами – горем по поводу неоплаканных утрат, невысказанных обид и т. п. Используется техника «пустого стула», на который усаживается родитель-алкоголик, чтобы завершить «неоконченный разговор» со Значимым Другим. Аналогичная техника – «ненаписанное письмо».

На второй стадии терапии проводится работа с базовыми проблемами: способами поведения, усвоенными в детстве и ставшими проблемой во взрослой жизни; отношением к ПАВ; темами доверия, зависимости и контроля; проблемами близости и сексуальности; вопросами установления границ. Применяются техники классической психодрамы.

Третья стадия посвящена проработке достигнутых инсайтов, в ней широко используется ролевой тренинг. При репетиции нового поведения с членами семьи эффективен прием «Зеркало», позволяющий больному увидеть, как он своим привычным поведением сам невольно провоцирует нежелательную реакцию. Для освобождения «затюканного внутреннего Ребенка» помогают упражнения на спонтанность и разыгрывание историй с принятием на себя ролей, нехарактерных в обычной жизни.

В заключительной фазе терапии участники начинают принимать на себя ответственность за собственные решения, обязательства и личностный рост, строят планы на будущее. Используется техника «Волшебная лавка», в которой члены группы могут приобрести качества, необходимые им для изменения своей жизни в обмен на специфические черты созависимых: страх, гнев, безнадежность, отсутствие доверия.

В тех случаях, когда описанный выше метод конфронтации В. Джонсона оказывается неэффективным и больной отказывается от лечения, Д. Беренсон рекомендует следующую стратегию: урегулирование семейной системы через объяснение проблем и обучение семьи приемам преодоления негативных чувств; участие родственников в группе Ал-Анон;

супругу больного предлагается сделать выбор: 1) вести себя как прежде; 2) отдалиться эмоционально; 3) отделиться. При выборе второго варианта супруга учат не критиковать употребляющего алкоголь, принять ситуацию, как она есть, жить с больным и быть ответственным за собственные реакции на его поведение.

Берри и Джерей Уайнхолд (2002) применяют для избавления от созависимости 12-шаговую программу, которая включает следующие ступени. 1. Осознать созависимые модели. 2. Понять причины проблемы. 3. Распутать созависимые отношения. 4. Отказаться от своих проекций. 5. Устранить ненависть к себе. 6. Устранить силовые игры и манипулирование. 7. Научиться просить о желаемом. 8. Снова научиться чувствовать. 9. Исцелить своего «внутреннего Ребенка». 10. Определить собственные психологические границы. 11. Научиться близости. 12. Изучить новые формы взаимоотношений.

Е.В. Змановская (2003) рекомендует созависимым родителям четко, по пунктам определить обязанности ребенка в семье, передать максимально возможную ответственность за ребенка ему самому. Необходимо создать в семье эмоциональную атмосферу, при которой ребенку хотелось бы больше времени проводить дома. Надо убедить сына или дочь в необходимости специальной помощи, а самим заняться собственной жизнью и жизнью своей семьи.

А.Г. Данилин и И.В. Данилина (2001а) предлагают родителям подростка-наркомана следующую программу избавления от созависимости.

1. Четко определите обязанности ребенка в семье, поручите ему заботу о младшем ребенке или домашнем животном, не подстраховывайте его в этом.

2. Перестаньте контролировать его общение с друзьями и его расходы, подслушивать его телефонные разговоры, диагностировать его состояние по глазам или венам, требовать от него учиться или работать, снабжать его деньгами, если он тратит их на наркотики, оплачивать его долги.

3. Создайте в семье атмосферу открытых и теплых отношений, без упреков и навязывания своих оценок и мнений, интересно проводите вместе время; в моменты разногласий постарайтесь понять и по возможности разделить точку зрения ребенка. Выражая собственные негативные чувства, начинайте с признания положительного в ребенке, обсуждайте лишь конкретный случай, говорите корректно и закончите разговор дружелюбным конструктивным предложением.

4. Обязательно убедите сына получить медицинскую помощь; используйте для этого его жалобы на здоровье, страх перед призывом в армию и т. п.

☺ Дождавшись окончания осмотра больного мужа, жена бросается к врачу:

– Доктор, что с ним? Это серьезно?

– Вашему мужу необходим полный покой, я выпишу очень эффективное успокоительное.

– А как ему его принимать?

– Принимать будете вы.

Терапия созависимой семьи

*Семья заменяет все, поэтому прежде, чем ее завести, подумай,
что тебе важнее: все или семья.*

Из газетной статьи

Цель терапии – освободить членов созависимой семьи от бессознательных невротических защит, сформировавшихся в детстве, обеспечить индивидуальное и семейное развитие. Семейное сопротивление терапии, как и индивидуальное, основано на типичной аддиктивной защите – отрицании, которое может принимать различные формы: самообман, минимизация проблемы, обвинение других, рационализация, интеллектуализация, подмена (излечения – облегчением состояния), враждебность при попытке реалистично оценить ситуацию. Семья наказывает тех, кто выдал тайны клана: алкоголизм, психические болезни, самоубийства, супружеские измены и т. п. Агрессивные и аутоагрессивные импульсы часто отыгрываются в действии: скандалы, насилие, неразборчивость в сексе, запои, неумеренные траты, травмы и аварии. Терапевта втягивают в различные манипулятивные отношения, вовлекают в семейные коалиции, саботируют лечение с целью сохранить проблему, поскольку она объединяет и сохраняет семью, поддерживает самооценку ее членов, позволяет избегать решения скрытых конфликтов.

Наиболее распространенным терапевтическим подходом является системная семейная терапия. Методы системной семейной терапии позволяют личности дифференцироваться от других, сохранить эмоциональную автономность в системе взаимоотношений. Самодифференциация включает осознание права заботиться о себе, установление эмоциональной дистанции от больного, принятие ответственности за себя вместо ответственности за других.

Системный подход в семейной терапии охватывает разные модели: динамическую, коммуникативную, структурную, стратегическую и др.

В **динамическом подходе** актуальный семейный конфликт понимают как стремление партнеров овладеть одним и тем же объектом, занять одно и то же место или исключительное положение, играть несовпадающие роли, достичь несовпадающих целей или использовать для их достижения взаимоисключающие средства. Самостоятельное разрешение конфликта его участниками затруднено из-за взаимного непонимания, неприятия, взаимозависимости, незрелости, невротических тенденций. Психоаналитик обращает внимание на социальные влияния, модели проекции и идентификации, «неоконченное дело» или травму в родительской семье, сублимацию фрустраций, механизмы совладающего поведения (копинга) и адаптации, «ключи» к бессознательному идентифицированного пациента.

В процессе терапии создается атмосфера открытости и искреннего проявления чувств, члены семьи меняются местами, смотрят в глаза, прикасаются друг к другу. Бессознательные семейные защиты выявляются с помощью анализа обмолвок, метафор, жестов, фантазий, сновидений. Для анализа взаимного восприятия членов семьи, их взаимоотношений, взглядов на прошлое и будущее используется техника «Семейной скульптуры». Психотерапевт интерпретирует и видоизменяет скульптуру для стимуляции свободных ассоциаций.

Для облегчения инсайта поощряется проговаривание подавленных или вытесненных стремлений, неосознанный смысл сказанного интерпретируется терапевтом. Интерпретации помогают выявить и преодолеть индивидуальное и семейное сопротивление, которое мешает осознанно удовлетворять основные влечения. Благодаря интерпретациям члены семьи начинают понимать, как их прошлое незаметно влияет на их настоящее. Это приводит к эмоциональному дистанцированию от актуального конфликта и его разумной переработке.

Перенос позволяет членам семьи и/или семье в целом проецировать свои неразрешенные объектные отношения на терапевта. Этот процесс особенно легко инициируется при ведении семьи двумя разнополюсными терапевтами, которые ассоциируются с родителями. Интерпретации помогают семье проанализировать ранние объектные отношения в терминах переноса и взять их под сознательный контроль. В заключение выявляют неотреагированные реакции индивида на утраты и завершают работу горя в присутствии и с участием других членов семьи, что ускоряет процесс исцеления и повышает уровень семейной эмпатии.

При **коммуникативном подходе** стремятся определить, кто в семейной группе находится в центре коммуникативного процесса, кто является «звездами», кто изолирован, кто мешает коммуникативному процессу, кто его поддерживает. На диагностической стадии работы решают следующие задачи: 1) подготовка членов семьи к переживанию опыта, который может служить моделью их будущего поведения; 2) определение желаемого состояния для семейной системы и 3) определение текущего состояния семейной системы. Терапевт выясняет, как партнеры принимают решения: заискивая? задираясь? наставляя? отстраняясь? делая вид, что им все безразлично? Открыто ли обсуждаются варианты, учитывается мнение каждого или нет? Выявляются супружеские мифы: «Если ты меня любишь... а) я в порядке; б) ты догадаешься, что мне нужно; в) ты должен думать, чувствовать и действовать, как я».

Чтобы разобраться в несогласованных, перепутанных взаимоотношениях в закрытой семье, терапевт составляет карту семьи, в которой отмечает связи в парах и треугольниках. Определяет тип родительских масок: Начальник (три варианта: миротворец, обвинитель, расчетливый), Безответственный (потакающий приятель) и др. Прослеживает хронологию семейных кризисов, выясняет способы их разрешения. Наконец, выявляет влияние моделей родительских семей.

Основной составляющей терапии является этап тренинга навыков адаптивного общения. На этом этапе используются проясняющие вопросы, корригирующие замечания, обучающие техники. Большое значение придается невербальным приемам, в частности «семейной скульптуре». Например, глава семейства взял на себя слишком много обязательств. Семье предлагают:

– Чтобы вы полностью прониклись ситуацией, попробуйте разыграть ее. Отец устойчиво встает посреди комнаты. Мать берет его за правую руку, старший ребенок – за левую; средний обнимает за талию, младший – со спины. Теперь каждый осторожно, легонько потянет на себя и застынет в этом положении. Через несколько секунд отец почувствует себя растянутым во все стороны, ему станет неудобно, он будет на грани потери равновесия. Зависимый член семьи становится на колени и униженно протягивает руки к стоящему на стуле, как на пьедестале, «тирану» с указующим вниз перстом или сажает его себе на шею. Созависимые супруги душат друг друга в объятиях, «отстраненного» родителя помещают в угол и т. д.

В рамках **структурной семейной терапии** фокус делается на образцах и формах внутрисемейного взаимодействия, распределении власти, модусе принятия решений, границах, близости членов семьи и дистанции между ними, альянсах, сговорах, ролях, правилах, сходстве и взаимном дополнении. Тщательно разрабатывается план работы, предусматривающий разнообразные воздействия на семью.

Вначале терапевт определяет, кто в семье лидер, кто сублидер – «рупор семьи», кто идентифицированный пациент (чаще – ребенок, выделенный семьей в качестве семейной защиты). Если в семье есть явный лидер, терапевт обращается к другим членам семьи через него. Затем терапевт присоединяется к семье, устанавливая конструктивную дистанцию,

подражая их речи, используя понятия, отражающие доминирующие анализаторы того или иного участника. Терапевт говорит с родителями на языке ответственности, с детьми – на языке отстаивания прав; с общительной семьей он общителен, со сдержанной – сдержан.

Входя во временный альянс с одной из семейных подсистем (родителями или детьми) терапевт на какое-то время отдает все свои силы, авторитет и власть данной группе или члену семьи. Укрепив эту подсистему, терапевт может осуществить альянс с другой подсистемой. Присоединение терапевта к подсистеме способствует укреплению партнерских связей между ее членами и границ подсистемы внутри общей семейной системы.

Присоединение к подсистеме также помогает терапевту перераспределить власть в семье, разрушить треугольники, проявить больше гибкости при маневрировании внутри семейной системы, установить адекватные границы между подсистемами. При этом надо учитывать опасность неосознанной идентификации с одним или несколькими клиентами против других – «встать на сторону одной подсистемы», а также то, что именно так может воспринять присоединение к подсистеме семья.

Терапевт играет роль человека директивного, эмпатичного и отстраненного, но включенного в контекст семейных отношений в качестве одного из его элементов. Он подталкивает семью к определенным действиям, дает указания, прибегает к ролевой игре, по-разному рассказывает членов семьи. Это позволяет ему воочию наблюдать функционирование семейной структуры в различных условиях, а семье – осознавать и изменять свои реакции на внешние воздействия.

Структурные ходы терапевта перераспределяют членов семьи таким образом, чтобы поддержать нуждающиеся в этом подсистемы и укрепить границы между поколениями. Разрушаются внутрисемейные альянсы, поддерживающие дисфункциональность семейной системы, родители освобождаются от излишней вовлеченности в жизнь детей, а дети – в жизнь родителей. Между родителями возникает единство, их действия становятся более согласованными. С помощью инструкций и домашних заданий терапевт перекраивает внутрисемейные границы, ослабляя слишком жесткие и укрепляя слабые. Например, воровство мальчика связано с недостаточным вниманием родителей к нему. Мальчику дается инструкция воровать у отца, что переносит симптом в семью и мобилизует родительские функции.

В стратегической семейной терапии основную методическую роль играют директивные вмешательства терапевта, четко определяющие, что члены семьи должны делать, как во время сессии, так и за ее рамками. Главное назначение директив – изменение тех способов, посредством которых члены семьи устанавливают отношения друг с другом и с терапевтом. Кроме того, директивы позволяют узнать реакцию участников терапии на инструкцию. Директивы повышают включенность терапевта в жизнь семьи, вынуждают ее членов взаимодействовать между собой, давая больше информации о структуре семьи и ускоряя процесс изменений.

Директивы направлены на то, чтобы воссоединить первоначально разобщенных членов семьи, содействовать согласию между ними и доброжелательному настрою, усилить позитивный взаимообмен, помочь семье выработать более эффективные правила, лучше соблюдать границы между поколениями, позволять больше автономии своим членам и поддерживать их в достижении индивидуальных целей.

Дж. Браун и Д. Кристенсен (2001) приводят примеры прямых директив. Женщине, которой трудно было начать самостоятельную жизнь отдельно от матери, предложили без предупреждения навестить мать и завести с ней разговор с целью вызвать ее неодобрение.

Матери, которая не работала и чрезмерно опекала сына, предложили устроиться на работу. Молодому неработающему мужчине, много времени проводящему дома, предложили 4 часа в день уделять поиску работы. Разведенной женщине посоветовали включиться в работу группы для разведенных. Паре, которой трудно было отделиться от родителей,

предложили во время сессии спланировать свой переезд и на следующей неделе посвятить в свои планы родителей. Родителям, которых беспокоило частое посещение дочерью развлекательного центра, посоветовали сходить туда «на разведку».

К. Маданес (1999) описывает работу с созависимой семьей, иллюстрирующую применение прямых директив. Мать четырех детей – в прошлом наркоманка, а ныне религиозная фанатичка, жестко наказывала своих детей – семилетних братьев-близнецов, страдавших недержанием кала, который они рассовывали по щелям в стенах квартиры. Они мочились в окно, устраивали поджоги в доме, поджигали колыбель с младенцем, фургон на улице. Маданес посочувствовала матери, которой «достались» такие трудные дети и выразила восхищение ее готовностью всегда объясняться с ними начистоту. Одновременно она оценила поведение детей как своеобразную заботу о матери, которую настолько поглотили созданные ими проблемы, что ей самой уже не требовался надзор со стороны полиции. Когда мать расплакалась, Клу велела Роберту, более агрессивному близнецу, крепко обнять и поцеловать мать, вытереть ее слезы и пообещать позаботиться о ней. Мальчик выполнил требование терапевта со всей нежностью, на которую был способен, и несколько минут не выпускал мать, обнимал, а она ласкала его. Работа с семьей продолжалась 10 месяцев, но уже после этой первой встречи главные симптомы у детей исчезли, и мать больше не проявляла к ним жестокости.

Дж. Браун и Д. Кристенсен (2001) приводят примеры парадоксальных заданий из своей практики. Гордой своей независимостью матери-одиночке, препятствующей самостоятельности своего сына, предложили делать для него еще больше, чтобы она не чувствовала себя одинокой. Мальчика, который часто «закатывал истерики», попросили продолжать это делать, но лишь в определенной комнате и только после школы, когда он действительно ничем не занят. Жене, которая собиралась бросить мужа, но никак не могла это сделать, предложили остаться с мужем на том основании, что он нуждается в ее заботе. Женщину, которая страдала депрессией, попросили ежедневно в течение часа сидеть в одиночестве и предаваться унынию. Ей сказали, что управлять своим настроением можно лишь в том случае, если она научиться «включать» и «выключать» депрессию.

Супруги, склонные часто ссориться, должны были продолжать это делать, чтобы больше общаться друг с другом. Девушку-подростка, которой было трудно начать самостоятельную жизнь отдельно от матери, похвалили за то, что она жертвует собой, защищая мать от жестокой реальности. Страдающую депрессией девушку попросили имитировать подавленность, при этом родителям надлежало поощрять наиболее яркие проявления ее депрессии. Матери, которая постоянно беспокоилась о своем сыне, посоветовали ежедневно в течение часа сидеть в одиночестве и волноваться. В течение этого часа ничем другим заниматься было нельзя.

☺ Я могу управлять Соединенными Штатами и могу управлять своей дочерью Эйлис, но я не могу делать то и другое одновременно.

Теодор Рузвельт

Отечественный подход

Лучшее, что отец может сделать для своих детей – это любить их мать.

Теодор Хесберг

В.Д. Менделевич (2003) описывает характерные психологические портреты членов созависимой семьи. «Пособник» (обычно это мать или жена) дает деньги на приобретение ПАВ, постоянно извиняется перед всеми за поведение зависимого, помогает скрыть его неблагоприятные поступки, спасти от их последствий. Испытывает чувства вины и стыда, отрицает свое неудовольствие и гнев. «Компенсатор» стремится своими успехами вернуть семье признание: жена содержит дом в идеальном порядке, ребенок добивается успехов в учебе и спорте. «Сирота» – ребенок, который остался без внимания, так как мать взяла на себя функции зависимого отца. Ребенок испытывает чувство ненужности, малоценности, удовлетворяет свои эмоциональные потребности в компании – часто химически зависимых подростков. «Приспособленец» использует зависимость члена семьи для получения сочувственного внимания окружающих. Кроме того, жена не боится, что муж-алкоголик оставит ее, мать благодаря наркомании ребенка манипулирует супругом. «Козел отпущения» служит громоотводом для разрядки негативных эмоций членов семьи, объединяет их против себя, сплачивая семью.

Как указывает А.Я. Варга (2001), специфическими причинами конфликтов в современной российской семье являются следующие ее особенности: семья обычно не нуклеарная, а трехпоколенная; взаимная материальная и моральная зависимость ее членов очень велика. Границы семейной системы не адекватны требованиям оптимальной организации; семейные роли спутаны, функции разделены невнятно; индивидуальность и независимость фактически отсутствуют, основным является вопрос о власти. Широко распространен ряд семейных мифов, лежащих в основе семейной идентичности и определяющих поведение членов семьи.

«Мы – дружная семья». Этот миф характерен для семей, переживших много потерь, оторванных от родных мест и не интегрировавшихся в новое окружение. Негласные девизы семьи: «Наш дом – наша крепость», «Один за всех – все за одного», «Разлучаться нельзя». Нуклеарная семья не выделена из семейного клана, ее дети – общие для всех, племянники и племянницы приравниваются к родным детям. В таких семьях дети включены в обслуживание психологических потребностей родителей; забота о собственных потребностях оценивается как эгоизм, а предпочтение, оказываемое «чужому», – как предательство. Конфликты скрываются от детей и окружающих, отношения не выясняются, негативные эмоции подавляются или вытесняются. Кто плохо подумал о родственнике – сам плохой, его подвергают ostracism. Способ самонаказания – стать идентифицированным пациентом. Наиболее частые симптомы – тревожно-депрессивные расстройства, импульсивное, агрессивное и аутоагрессивное поведение, нервная анорексия.

«Мы – герои и выживальщики». Предки сумели выжить в тяжелых условиях, совершив более или менее героические поступки. У членов семьи имеется непреодолимая потребность преодолевать трудности, которые они сами ищут или создают. Они отличаются максимализмом установок, ригидностью аффекта, который обычно напряжен до страсти: сумасшедшая любовь, безумное счастье, бешеная ревность, страшное горе. Они принципиальны и непримиримы, не прощают обид и гордятся тем, что, поссорившись, годами не разговаривают друг с другом. Детей воспитывают в аскетическом духе, требуют отличной учебы, сурово наказывают, в том числе и физически. Главный девиз: «Терпи, казак, атама-

ном будешь». В такой семье часто встречаются хронические нелеченные заболевания и психологические проблемы – «герои» обходятся без врачей и психологов.

«Спасительница». Гиперфункционалка поддерживает гипофункционалов практически и/или исправляет морально. Она всегда рядом с больными и инвалидами; если кто-то готов согрешить – его подтолкнут с помощью механизма запретного плода. Спасительнице нужна жертва. Если муж не был алкоголиком, он им станет. Если сын был паинькой, он свяжется с компанией наркоманов. Дочь после любовной неудачи впадет в затяжную депрессию.

«Мы – люди». В семье сверхценно относятся к знаниям, образованию, которые магически защищают от опасности «оскотиниться». Женщина у плиты превращается в клушу, сексуально возбужденный мужчина – в козла, выпивший – в свинью. Маленький, необученный ребенок – зайка, рыбка. Чтобы сделать из него человека, надо его выучить, поэтому к учебе относятся как к священному ритуалу. Дети не имеют права на четверку, у них развивается школьная фобия, страх неудачи и отказ от деятельности, в которой они могут оказаться не на максимальной высоте. Дети много болеют, дома беспорядок, а мама в это время получает очередной диплом, папа упорно смотрит телевизор и читает газеты.

Работая с семейными мифами, вначале определяют, в каких поведенческих ритуалах проявляет себя миф в данной семье, кто, с кем и как его воспроизводит. Важно понять, что провоцирует эти взаимодействия, и еще важнее – зачем нужен этот ритуал. Затем надо предложить семье другой ритуал, не поддерживающий старый миф. Например, когда муж пьет, жена отвлекает его душевными разговорами или сексом, а когда он трезв, устраивает сцены, чтобы знал о ее страданиях. Выясняется, что жена играет роль «Спасительницы». Ей предлагают другой ритуал: доброжелательно игнорировать пьяного мужа, а в период трезвости не выяснять отношений, а, наоборот, делать все возможное для сближения.

Из расширенной «дружной семьи» выделяют нуклеарную, а из последней – супружескую пару; отменяют негласный запрет на выражение негативных чувств к членам клана. Этих целей добиваются введением таких ритуалов, как семейный час, в течение которого каждый должен использовать отведенное время для высказывания своих претензий к другим, воскресный отдых родителей, который они проводят вне дома и без детей. «Выживальщикам» дают парадоксальное предписание на время вернуться в ту нищету, от которой они так старались уйти.

В интегративном подходе Эйдемиллера и Юстицкова (1999) тактика терапии зависит от особенностей семьи, специфики ее проблемы, условий работы. Например, в период знакомства с семьей, члены которой отличаются авторитарностью и ригидностью взаимоотношений, возможен недирективный стиль; в момент постановки определенных задач используется директивный стиль; вызванная перестройкой взаимоотношений фрустрация преодолевается вновь с помощью недирективного стиля; реакция на рецидивы неблагоприятных отношений в семье может потребовать директивности.

☺ В суде: «Я, конечно, знала, что он пьяница, драчун, импотент, жадина и лентяй, но думала, хоть мужем хорошим будет».

Воспитательные проблемы

*Не заставляй детей ронять слезы слишком часто, иначе им
будет нечего уронить над твоей могилой.*

Пифагор

Выделен ряд последовательных фаз взросления, по мере прохождения которых взаимодействие ребенка с матерью ведет к появлению стойкого чувства собственного Я, отличающегося от объектов. Главные стадии этого процесса – аутистическая, симбиотическая и стадия отделения (сепарации и индивидуализации). На последней стадии потребность в автономии борется со страхом потери матери, который может зафиксироваться в виде страха разлуки у взрослого. М. Малер установила, что психологическая автономия ребенка развивается в 2–3 года и для ее формирования родители должны:

- иметь надежную связь с ребенком;
- воспринимать ребенка таким, какой он есть, а не таким, каким бы им хотелось его видеть;
- не запрещать ему открыто выражать свои чувства, признавать и понимать эти чувства, а также потребность ребенка в их раскрытии;
- помогать и поощрять действия ребенка, направленные на здоровое исследование окружающего мира, пользуясь словом «да» в два раза чаще, чем словом «нет»;
- обеспечить безопасность непосредственного окружения для того, чтобы ребенок мог эффективно познавать мир, позволить ему исследовать его;
- поощрять выражение независимых мыслей, чувств и действий в соответствии с возрастом ребенка;
- быть способным продемонстрировать понимание и поддержку, обеспечить воспитание, когда ребенку это понадобится;
- демонстрировать эффективную психологическую независимость, спрашивая ребенка прямо, чего он хочет, открыто выражая ему собственные чувства, прямо указывая на то, чего они добиваются; быть примером для ребенка;
- определять, что запрещается делать ребенку, и прямо говорить почему, а не прибегать к силовым методам. Опыт показывает, что маленькие дети обучаются правильному поведению, наблюдая за поведением окружающих людей.

Выделяют ряд позитивных подкреплений, необходимых человеку на определенных стадиях развития.

1. Бытие (0–6 мес.) – «Я рада, что ты живой».
2. Активность (6–18 мес.) – «Я люблю тебя и активного, и спокойного».
3. Автономия (1,5–3 года) – «Ты можешь отделяться, и я буду любить тебя».
4. Идентификация и сила (3–6 лет) – «Я люблю тебя таким, какой ты есть».
5. Структурирование (6–12 лет) – «Я люблю тебя, когда мы разные».
6. Идентификация (13–19 лет) – «Моя любовь всегда с тобой; я верю, что ты попросишь меня о поддержке».
7. Взаимозависимость (зрелый возраст) – «Ты любим в любом возрасте; твоя любовь зреет и расширяется».

Ф. Гомбургер описал пубертатный криз, включающий перепады настроения без достаточных причин и другие попеременные полярные проявления: повышенную ранимость и бравату, застенчивость и развязность, сентиментальность и черствость, жажду признания и подчеркнутую независимость, антиавторитарность и обожание случайных кумиров, чувственное фантазирование и сухое мудрствование (Личко, 1999).

А.Е. Личко (1999) выделяет в «подростковом комплексе» следующие реакции: эмансипации, группирования со сверстниками, хобби-реакцию и реакции, обусловленные, формирующиеся сексуальным влечением. *Реакция эмансипации* заключается в стремлении высвободиться из-под чрезмерной опеки старших. Гипертимные (чрезмерно активные) подростки нарушают порядок, истероидные и шизоидные критикуют его. Крайняя форма реакции – побеги из дома и бродяжничество. Вариантом этой реакции является реакция оппозиции, при которой выражен агрессивный, антисоциальный компонент поведения, возможны жестокие поступки и демонстративные попытки самоубийства.

Реакция группирования со сверстниками проявляется в потребности подростка быть членом группы сверстников, чаще однополый. При семейно-педагогической запущенности, а также в закрытых заведениях для подростков (интернаты, спортивные лагеря, отделения больницы) реакция группирования может стать главным регулятором поведения подростка. В рамках этой реакции может развиваться аддикция отношений, начинающаяся с многочасовых пустых разговоров у подъезда, бесцельного времяпровождения в компании приятелей и т. п.

Хобби-реакции проявляются в форме крайне важных для подростка увлечений, которые делятся на интеллектуально-эстетические, телесномануальные, лидерские, накопительские, эгоцентрические, азартные, информативно-коммуникативные. Ради увлечения подросток может жертвовать остальными занятиями, в том числе учебой. Многие азартные увлечения этого времени переходят затем в аддикции, например спортивный и музыкальный фанатизм.

Выделяют также *реакцию имитации*, которая проявляется в подражании кумиру, причем это может быть как поп-звезда, так и преступный авторитет, окруженный романтическим ореолом. Вариантом является реакция отрицательного подражания, при которой поведение подростка прямо противоположно навязываемому образцу. Иногда сын алкоголика за счет отрицательной имитации становится трезвенником. К сожалению, чаще эта реакция лежит в основе необъяснимого появления хулигана и наркомана в семье с завышенными моральными требованиями.

Реакция компенсации заключается в восполнении неудач в одной сфере (например, в учебе), в другой (например, в «смелом» поведении). О реакции гиперкомпенсации говорят и в тех случаях, когда подросток пытается самоутвердиться именно в трудной для него области: например, застенчивый мальчик пытается стать своим в дурной компании, начинает курить, пить, принимать наркотики, оставляет учебу.

С.А. Кулаков (1998) выделяет ряд особенностей аддиктивных подростков. В сфере общения наблюдается избегание решения проблем, нестабильность отношений с окружающими, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей, склонность к обвинениям, эгоцентризм. Характерны также агрессивное или неуверенное поведение, появление социофобий, ориентация на слишком жесткие нормы и требования, перфекционизм, нетерпимость и нетерпеливость, не позволяющие установить устойчивые личные отношения.

В аффективной сфере отмечаются эмоциональная лабильность, низкая выносливость к отказам и быстрое возникновение тревоги и подавленности, сниженная или нестабильная самооценка, преувеличение негативных событий и минимизация позитивных, что приводит к еще большему снижению самооценки, неприятию «обратных связей» и способствует закрытости личности. В мотивационной сфере блокируются потребности в защищенности, самоутверждении, свободе, принадлежности к значимой группе, временной перспективе.

Выражены когнитивные искажения, усиливающие дисгармонию личности, аффективная логика: долженствование, сверхожидания от других, эмоциональные блоки («мальчики не плачут»), игнорирование проблем, построение умозаключения на деталях, вырванных из

контекста («если кто-то критикует меня, то я – плохой»), построение глобального вывода на одном единственном факте, максимализм («все или ничего»), произвольность выводов при отсутствии доказательств, перфекционизм, преобладание негативных оценок.

В созависимых семьях наблюдается нарушение влияния родителей на детей в форме воспитательной неуверенности или фобии утраты ребенка. При гиперпротекции родители уделяют ребенку слишком много внимания, при гипопротекции – недостаточно. Они могут потворствовать удовлетворению его потребностей или игнорировать их. Могут предъявлять к ребенку как чрезмерные требования (по выполнению обязанностей или соблюдению запретов), так и непозволительную мягкость, чрезмерно пользоваться санкциями или неоправданно избегать их. Наконец, стиль воспитания может быть неустойчивым, непоследовательным.

Выделяют следующие патологизирующие стили поведения родителей. *Авторитарный* стиль характеризуется высоким уровнем контроля и холодными отношениями. Родители устанавливают жесткие требования и правила, не допускают их обсуждения; позволяют детям лишь крайне малую степень независимости от них. Их дочери до замужества остаются пассивными и зависимыми, сыновья могут стать неуправляемыми и агрессивными. *Либеральный* стиль отличается низким уровнем контроля и теплыми отношениями. Ребенку предоставлен избыток свободы, дети вырастают непослушными и агрессивными, ведут себя неадекватно и импульсивно, игнорируют этические нормы, страдают от чувства неполноценности. *Безразличный* стиль предполагает низкий уровень контроля и холодные отношения. Если безразличие сочетается с враждебностью, ребенок ведет себя агрессивно, склонен к делинквентному поведению и наркотизации.

Уикес (по: Шостром, Браммер, 2002) описывает механизмы, посредством которых родители контролируют или используют подростка.

- Использование любви как подавляющей и удерживающей силы для удовлетворения личностной потребности того родителя, который разочарован в других человеческих отношениях и выливает все вырвавшиеся эмоции на ребенка, а также питает себя любовью ребенка.

- Взваливание на ребенка груза благодарности и чувства долга, поведенческие проявления которых поощряются.

- Обращение с подростком как с эмоциональной игрушкой. Это не позволяет ребенку достигнуть полной зрелости.

- Продление периода своей собственной молодости за ее реальные пределы. Дочери всегда лишь маленькие девочки; сын начинает брать на себя роль юного любовника.

- Чрезмерная строгость и авторитарность родителя, не позволяющие ребенку выйти из роли подчиненного.

- Излишняя слабость и готовность уступить со стороны отца, а также неспособность принять отцовскую ответственность. Со стороны сына это может вызвать лишь неуважение; для подростка проблема достижения свободы становится слишком легко решаемой, а его пренебрежительная позиция переносится на все трудности жизни. Слабый и уступчивый сын, имеющий подобную идентификацию, может быть ориентирован на неудачу, как это происходило с его отцом. Он склонен использовать самоидентификацию с отцом в качестве оправдания отсутствия у себя готовности к встрече с жизнью.

- Если мать выступает как строгий родитель, она олицетворяет собой не только любовь, но и авторитет. Для сына такая ситуация затрудняет процесс отделения от матери и обретения собственной независимости. Теперь он может бояться власти женщины, а также сдаться и потерять свою мужскую позицию. Более того, он способен полностью порвать связь с матерью и постоянно недооценивать женщину, пытаясь таким образом не допустить ее власти.

- Подозрительное и неразумное поведение матери по отношению к отцу может создать сходное неосознанное отношение к мужчинам у дочери.

- Неадекватная позиция отца может привести к появлению у дочери столь же неадекватных ожиданий по отношению к мужчинам вообще. Например, если он слишком привязан к ней, существует опасность, что дочь окажется неспособной разрушить близкую связь с отцом для того, чтобы выйти замуж. Она пройдет через жизнь, надеясь найти образ своего отца в предполагаемом муже. Если он слишком доминирует, то дочь может отвергнуть его излишне настойчивые требования и отвергнуть его самого. Она часто подозрительна по отношению к мужчинам и к тем требованиям, которые они к ней предъявляют. Она чувствует сексуальные мотивы там, где их нет, если они и существуют, то она отказывается видеть в них нормальное проявление взрослой жизни.

Традиционные правила этики не допускают открытого проявления агрессии и получения удовольствия от ее реализации. Подавление агрессии начинается с требования родителей говорить тише, не возражать, не спорить, не кричать и не мешать. Когда агрессивная коммуникация блокируется или подавляется при осуществлении определенных взаимоотношений вне зависимости от того, являются они случайными или устойчивыми, люди вступают в искажающие реальность, нечестные по отношению друг к другу соглашения. Агрессивные чувства, на сознательное выражение которых в обычных взаимоотношениях устанавливается запрет, внезапно проявляются иным образом в активной и неконтролируемой форме. Когда же аккумулярованные и запрятанные внутрь чувства обиды и враждебности прорываются наружу, предполагавшаяся «гармония» отношений внезапно нарушается.

В последние десятилетия описанные «домостроевские» принципы воспитания сменяются на призыв поощрять детей, особенно страдающих неврозами, к игровому отреагированию агрессии. Впрочем, большинство авторов признает временный эффект катарсиса, а некоторые высказывают убедительные опасения, что поощрение агрессии может привести к ее усилению.

☺ Не делайте из ребенка кумира – когда он вырастет, то потребует жертв.

Пьер Буаст

Созависимость психотерапевта

С утопающим надобна сугубая осторожность – Дабы и его спасти, и самому не утонуть.

Бальтасар Грасиан

Пациент, склонный к зависимости (каких большинство), часто относится к терапевтической сессии так же, как алкоголик в состоянии похмелья – к алкоголю: как к быстрому чудесному исцелению. Соответственно, психотерапевта такой пациент воспринимает как спасителя, актуализируя в нем нарциссическую потребность в грандиозности. Среди начинающих психотерапевтов созависимость с клиентом встречается довольно часто. Тенденция к формированию взаимных высокозависимых отношений приводит к развитию многолетнего «бесконечного анализа» как варианта *психоголизма*.

Ч. Крамер (2003) перечисляет наиболее частые примеры созависимости в терапии. Пациент постоянно опаздывает и настаивает на том, чтобы задержаться сверх установленного срока. Растет гора неоплаченных счетов. Оговоренное домашнее задание выполняется плохо, если вообще выполняется. Пациент пропускает сессии безо всяких причин или по незначительным причинам, в то же время часто звонит по телефону по пустякам. Налицо большое количество лишней, непродуктивной болтовни, просьбы о помощи в тех ситуациях, с которыми он мог бы справиться сам.

Если подобное начинает происходить систематически, созависимый терапевт пугается, злится и начинает «работать над границами». Однако здесь есть опасность перегнуть палку в другую сторону и вызвать гнев и обиду пациента. Оскорбленный в своих ожиданиях, вначале по умолчанию подкрепленных «добрым» терапевтом, пациент горько жалуется на бесчувственное отношение, психосоматические расстройства и другие симптомы, в которых виновна психотерапия, он демонстративно ищет другого психотерапевта и намекает, что при таком отношении терапевт может оказаться третьим лишним. Он угрожает прекратить терапию, покончить с собой, совершает импульсивные поступки, сваливая ответственность за них на терапевта.

Созависимый терапевт контрфобического типа с самого начала подчеркивает зависимое положение клиента. Дж. Коттлер (2002) описывает несколько типичных игр. «Я много работал, чтобы добиться своего нынешнего положения, и вы должны проявлять уважение ко мне и моим знаниям». «Я всезнающий и всемогущий. Я обладаю магической силой, позволяющей мне читать ваши мысли и предвидеть будущее». «Я не восприимчив к попыткам меня “достать”. Я занимаю объективную, отстраненную позицию. Когда я принимаю в вас участие, вы только клиент, а не часть моей жизни». «Я воплощаю в себе все то, к чему вы стремитесь. Взгляните на меня – как я невозмутим, уверен в себе и своей способности контролировать ситуацию. Вы тоже можете стать таким, если будете слушаться и выполнять мои рекомендации».

Попадая к аналитику, зависимый пациент обычно сразу развивает эротический перенос, провоцируя эротический контрперенос. При этом чаще всего наблюдаются следующие варианты: 1) мужчина-аналитик и мазохистичная пациентка; 2) профессионал(ка) с выраженными нарциссическими чертами; 3) мазохистичная женщина-аналитик и соблазняющий нарцисс. О. Кернберг (2000б) отмечает, что нарциссические пациенты-мужчины, проходящие терапию у женщин-аналитиков, часто демонстрируют то, что выглядит как сильная трансферентная любовь, но на самом деле является агрессивным сексуализированным обольщением, отражающим сопротивление чувству зависимости от идеализируемого аналитика.

По данным американских исследователей, около 90 % практикующих психотерапевтов ощущают половое влечение к тем или иным своим клиентам, у 64 % в связи с этим появляется чувство вины, тревоги и смущения. Мазохистичные пациентки могут вызывать у мужчины-аналитика сексуально окрашенные фантазии спасения, которые мгновенно «испаряются», как только пациентка начинает предъявлять чрезмерные требования. При этом кажущаяся мягкая забота о пациенте нередко оборачивается пристальным контролем, жертвенный альтруизм – мазохистским эгоцентризмом с обидчивостью и готовностью обвинять его за «неблагодарность». Вместо честного признания своих эмоциональных проблем созависимый психотерапевт пытается решать чужие, семейные конфликты прикрывает картиной показного благополучия, духовное развитие заменяет аскетизмом и пуританством, нередко скрывающим сверхценное отношение к материальным благам.

В случае патологии Суперэго у аналитика возможна нарциссическая реакция в форме сексуальных отношений с клиентом, которые для мазохистичного партнера могут закончиться трагически. Психотерапевтов, злоупотребляющих своим положением (по официальным данным, они составляют 17 % психотерапевтов), классифицируют следующим образом: депрессивный терапевт средних лет, имеющий семейные и/или супружеские проблемы, эксплуатирующий «позитивный перенос»; манипулятивная антисоциальная личность; личность с сексуальными отклонениями; романтик, проповедующий половую свободу и безответственность; экспансивный нарцисс и мазохистски капитулирующий шизоид, жалующийся, что его соблазнили.

Выделяют следующие причины эротического контрпереноса: соблазняющее поведение пациента; гиперкомпенсация личностной незаинтересованности аналитика в пациенте; подавленная или неразвитая сексуальность пациента; сексуальная неудовлетворенность аналитика; невротические сексуальные реакции аналитика; символическое стремление к слиянию с объектом идентификации.

Отто Кернберг (2000б) считает, что иногда аналитику полезно развить собственные фантазии по поводу сексуальных отношений с пациентом, чтобы лучше осознать саботирующие аспекты личности пациента. Вне сексуальных отношений эти аспекты могут проявляться в требованиях смены времени приема, финансовой безответственности пациента, упреках в игнорировании аналитиком особых обстоятельств и т. п. Аналитику следует воздерживаться от сообщения пациенту о своем контрпереносе, с тем чтобы обеспечить себе внутреннюю свободу исследования собственных чувств и фантазий. Переживание пациентом «отвержения» аналитиком следует исследовать и интерпретировать с точки зрения представлений пациента о запретах на эдиповы желания, нарциссическом унижении, сексуальной неполноценности и кастрации. При этом чем удовлетворительнее собственная сексуальная жизнь аналитика, тем лучше он может помочь пациенту разрешить эти проблемы.

Гуггенбюль-Крейг добавляет:

«допустим, что интимная жизнь психотерапевта оставляет желать лучшего. Тогда рассказ о сексуальных переживаниях пациента может послужить ее заменителем. Удовлетворение подобным эрзацем может превратиться в привычку замкнутого аналитика, что, разумеется, вредно в первую очередь для него самого, поскольку психологическое развитие в таком случае заметно тормозится. Иногда психотерапевты, подверженные этому пороку, не способны говорить ни о чем другом, кроме как о своих пациентах. Их личная эмоциональная жизнь превращается в суррогат из чужих чувств, переживаний и проблем. Аналитик теряет не только свою личную жизнь, но и творческую оригинальность. Преимущество же квазисуществования в том, что оно позволяет человеку отстраниться от реальных

страданий, занять удобную и безопасную дистанцию, наслаждаясь, тем не менее, всевозможными заменителями действительности».

(Гуггенбуль-Крейг, 1997, с. 42)

Для предупреждения двойственных отношений с клиентом или семьей следует учитывать такие параметры, как силу, продолжительность отношений и ясность завершения. Сила отражает реальную возможность терапевта влиять на потребителя услуг (у лечащего врача ее больше, чем у клинического психолога). Сила увеличивается с продолжительностью отношений (при долгосрочном психоанализе она больше, чем при однократной консультации). Ясность завершения снижается при неопределенном терапевтическом договоре. При угрозе развития двойственных отношений терапевт оценивает их по указанным параметрам. Если налицо большая сила и продолжительность вкупе с неопределенностью момента завершения, такие отношения следует прекратить, передав клиента или семью коллеге.

Многие аналитики считают, что эротизированный перенос является защитой от агрессивного отреагирования, к которому склонны такие пациенты. Они не в состоянии вынести фрустрацию классического психоанализа и не могут участвовать в формировании терапевтического альянса.

☺ Врач имел привычку, принимая больного, все время говорить «мы».

– У нас болит живот, и нам очень плохо. Кроме того, мы чихаем. Что же мы должны сейчас сделать?

– Я думаю, – заметил больной, – что нам с вами вместе лучше всего пойти к другому врачу.

Пример

На супервизию обратился психолог, более года работавший с клиентом, который в настоящее время преследует его. Клиент – одинокий молодой человек, работающий программистом в коммерческой фирме. Свою проблему он сформулировал как одиночество, согласился на психодинамическую терапию. С самого начала проявлял интерес к личной жизни терапевта, ревновал его к другим пациентам, приходил раньше времени, задерживался после сессии. Высказывал восхищение деловыми и личными качествами терапевта, подчеркивал собственные интеллектуальные способности, претендовал на положение «любимчика», делал подарки, в то же время под различными предлогами уклонялся от оплаты. Когда он задолжал крупную сумму денег, психолог предупредил его о прекращении терапии.

С этого момента отношение пациента резко изменилось. Он заявил, что всегда подозревал: терапевта он интересуется лишь как источник дохода, хотя он предлагал терапевту гораздо больше – дружбу. Признался, что тем не менее продолжает испытывать к терапевту теплые чувства и согласился постепенно выплатить долг. Свое обещание клиент выполнил, однако сессии проходили теперь в напряженной атмосфере: клиент пытался уличить терапевта в ошибках, не разрешал ему больше пользоваться диктофоном, требовал выключать телефон. Вскоре заявил, что тайно сделал диктофонные записи последних сессий, с помощью которых он сможет доказать желание терапевта склонить его к сожительству. Когда терапевт резко заявил, что прекращает работу с клиентом, тот начал угрожать ему обращением в налоговую полицию.

Терапевт имел лицензию на индивидуальную деятельность и аккуратно платил налоги, однако, опасаясь развития конфликта, стал идти

навстречу различным желаниям клиента. Атмосфера сессий смягчилась, и однажды клиент предложил вступить в интимные отношения. Несмотря на отказ, он начал «ухаживать» за терапевтом, искал с ним встреч между сессиями, часто звонил, приглашал к себе в гости. Заявил, что «не мыслит свою жизнь без него» и просил терапевта перестать сдерживать свои чувства к нему – теперь он знает о них из сообщений по электронной почте. После отъезда в отпуск терапевт пытался избежать возобновления терапии, что было расценено клиентом как нарушение договора, и он обратился в суд.

С помощью нанятого адвоката, ценой больших материальных и моральных издержек терапевту удалось выиграть дело. Однако он начал замечать, что его телефонные разговоры прослушиваются, несколько раз наблюдал, как с его автоответчика «скачивается информация»; был вызван в налоговую полицию по подозрению в сокрытии реальных доходов. Решил возобновить отношения с пациентом с целью выработать иную стратегию работы обратился к супервизору.

Супервизия привела к осознанию терапевтом следующих моментов. Пациент с нарциссической структурой личности в качестве развил сопротивления терапии эротизированный перенос, переросший в эротоманический бред и актуализировавший гомосексуальные тенденции больного, которые он приписал терапевту (проекция). Отмечались также идеи ревности, отношений (незаслуженно плохих), бредовая интерпретация («расшифровка» сообщений электронной почты). Развился конфликт зависимых отношений, на фоне которого сформировался комплекс преследуемого преследователя с агрессивным поведением. Личностный смысл последнего – поставить терапевта в полную зависимость от себя.

Развитию созависимых отношений способствовали следующие причины. Терапевт недооценил значение полученного исторического материала: в детстве клиента излишне опекала мать, тогда как отец был холоден и жесток с ним. Одиночество клиента являлось проявлением его страха зависимости. Он страстно желал близости с материнской фигурой, что способствовало сексуализации его отношений с терапевтом, в котором одновременно видел таящего угрозу отца, что привело к развитию персекуторных идей. Идентификация с агрессором-отцом послужила толчком к преследующему поведению клиента.

В ходе супервизии были обнаружены «слепые пятна» терапевта, сыгравшие определенную роль в динамике терапевтических отношений: потребность в грандиозности, недостаточное тестирование реальности (с несоблюдением сеттинга), недостаточный контроль границ (в частности, между интимной и деловой сферой), отрицание психопатологической мотивации поведения из-за неосознанного страха сумасшествия. Ему было предложено обобщить имеющийся материал работы с клиентом, обосновать клинический диагноз бредового расстройства и при необходимости использовать его для госпитализации больного.

Эпилог

*Если у тебя есть фонтан, заткни его.
Дай отдохнуть и фонтану.*

Козьма Прутков

Теперь, имея перед глазами всю картину, можно заметить интересный факт. Возьмем, например, анорексию и булимию – это две стороны одной медали: пищевой аддикции. Обжоры всецело и открыто предаются своей страсти, голодающие же прячут ее от себя или вырабатывают противоположное поведение. При этом у одного и того же человека маятник может раскачиваться от одного полюса к другому. Если сопоставить аддикции по этому принципу, получаются такие пары: алкоголики и борцы за трезвость (члены общества Анонимных Алкоголиков); денежные мешки и транжиры (новые русские), властолюбцы и подхалимы (карьеристы), фанатики и вожди (партии, секты), фанаты и идолы (спорт, поп-музыка). Противоположность трудоголизма – саботажное, пассивно-агрессивное поведение; объединяет эти две аддикции синдром выгорания профессионала. Kleптомания также имеет обратную сторону: есть много вариантов игры «Полицейские и воры», вплоть до коррупционеров в сфере борьбы с преступностью.

Далее в этом «параде аддикций» идут рука об руку: хулиган и «училка», алкоголик и его заботливая жена, поджигатель и пожарник, охотник и вегетарианец, злодей и святоша, живодер и хирург, убийца и самоубийца. За ними следуют в обнимку «сладкие парочки»: садист и мазохист, эксгибиционист и вуайерист, размалеванная проститутка и старая дева в синих чулках, плешивый Дон Жуан с масляными глазками и строгая на вид дамочка – жертва многочисленных изнасилований.

Замыкает «парад» колонна по одному. Это бредут созависимые, которым не досталось пары. На груди у них висят таблички: «Ищу алкоголика», «Ищу наркомана», «Ищу обжору», «Ищу “нового русского”», «Ищу начальника», «Ищу идола», «Ищу, с кем сыграть». А эти двое, что печально плетутся в хвосте, что там у них? У одного: «Ищу психолога», у другого: «Ищу клиента». Знакомые все лица! А вот и замыкающий, Автор, с табличкой: «Ищу читателя». А читатель уже с нетерпением ждет заключительного слова...

Вот оно, пожалуйста. В нашем парке осенью открыли дискотеку. Повесили объявление, что лица в состоянии алкогольного или наркотического опьянения на дискотеку не допускаются. Весной его заменили, и теперь не допускаются лица в состоянии *сильного* опьянения. Похоже, на следующий сезон придется вешать новое объявление: в состоянии *очень сильного*... Глядя на это, я подумал: ведь и психотерапевт может так же «приспособиться» к пациенту в его бесконечной работе над собой, чтобы в результате стать психоголиком или группоголиком. А может быть, он уже таким и стал? Может ли трудоголик или просто курящий человек помочь другому избавиться от его зависимости?

Если вы работаете с людьми – необязательно в качестве психотерапевта, вы наверняка хотите помочь им стать независимыми, зрелыми личностями. Я надеюсь, что эта книга поможет вам разобраться с собственными проявлениями зависимости и понять, что с ними делать. Желаю успеха!

Литература

- Агеев М.* Роман с кокаином. М., 1998.
- Айвазова А.Е.* Психологические аспекты зависимости. СПб., 2003.
- Аксасский К.Ю.* (сост.). Ай да Пушкин! Красный том: Картежник, художник, дуэлянт. Обнинск, 2003.
- Акберова С.А.* НЛП и эриксоновский гипноз при наркотических проблемах. Казань, 2000.
- Алби Ж.-М., Паше Ф.* Психоаналитическая концепция мазохизма со времен Фрейда: превращение и идентичность // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. М., 1998. С. 483–497.
- Александр Ф.* Психосоматическая медицина. М., 2000.
- Александров А.А., Александрова В.Ю.* Курение и его профилактика в школе. М., 1996.
- Альтиулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю: Вопросы клиники и терапии. М., 1994.
- Аммон Г.* Динамическая психиатрия. СПб., 1995.
- Ананьев В.А., Малыхина Я.В., Васильев М.А.* Социально-психологический мониторинг школьной среды как элемент первичной профилактики аддиктивного поведения. СПб., 2002.
- Андерсон П.* Пути решения проблем, связанных с употреблением алкоголя. СПб., 1995.
- Андреев А.С.* Общая наркология // Общая психопатология: Пособие для врачей. Ростов, 1998. С. 282–305.
- Антипова И.Г.* Воровство у детей и подростков // Журнал практического психолога. 1999. № 9.
- Антонова С.* Преступление века // Психология сексуальных отклонений: Хрестоматия. Минск—М., 2002. С. 653–666.
- Антонян Ю.М.* Бессознательная мотивация преступного поведения // Российский психоаналитический вестник. 1992. № 2.
- Антонян Ю.М.* Отрицание цивилизации: каннибализм, инцест, детоубийство, тоталитаризм. М., 2003.
- Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х.* Наркология: Учебная литература для студентов медицинских институтов. М., 1987.
- Баймухаметов С.Т.* Сны золотые: Исповеди наркоманов. М., 2000
- Баландин Р.* Наркоцивилизация. М., 2003.
- Балинт М.* Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии. М., 2002.
- Барабанова М.В.* Изучение психологического содержания синдрома выгорания // Вестник Моск. Университета. Сер. 14. Психология. 1995. № 1.
- Баркалана А.П.* Психолого-социальные факторы наркомании. Тбилиси, 1989.
- Бастиаанс Я.* Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // Энциклопедия глубинной психологии. Т. II. М., 2001. С. 225–260.
- Башиляр Г.* Психоанализ огня. М., 1993.
- Бек А. и др.* Когнитивная психотерапия депрессий. СПб., 2003.
- Белкин А.И.* Запах денег: Психологические этюды. М., 1999.
- Белкин А.И.* Вожди или призраки. М., 2000.
- Белогуров С.Б.* Популярно о наркотиках и наркоманиях. М. – СПб., 1998.
- Березин С.В.* Психология наркотической зависимости и созависимости. М., 2001.
- Берковиц Л.* Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб., 2002.
- Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. М., 1997.

- Берн Э.* Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. М., 2001.
- Бехтель Э.В.* Донозологические формы употребления алкоголя. М., 1986.
- Биби Дж. и др.* Случай Джоан: подходы школ развития, классический и архетипический // Кембриджское руководство по аналитической психологии. М., 2000. С. 278–326.
- Билибин Д.П., Дворников В.Е.* Патопсихология алкогольной болезни и наркоманий. М., 1991.
- Бинсвангер Л.* Случай Эллен Вест. Антропологически-клиническое исследование // Экзистенциальная психология. Экзистенция. М., 2001. С. 361–511.
- Бинсвангер Л., Ролло Мэй, Карл Роджерс.* Три взгляда на случай Эллен Вест // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 3.
- Битенский В.С. и др.* Наркомании у подростков. Киев, 1989.
- Битти М.* Алкоголик в семье или преодоление созависимости. М., 1997.
- Бодлер Ш.* Искусственный рай. СПб., 1994.
- Бокий И.В., Цыцарев С.В.* Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии: клинико-психологический анализ // Ремиссии при алкоголизме. Л., 1987.
- Болотковский И.С.* Наркомании. Токсикомании. Казань, 1989.
- Боулби Дж.* Привязанность. М., 2003.
- Братусь Б.С., Сидоров П.И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М., 1984.
- Браун Дж., Кристенсен Д.* Теория и практика семейной психотерапии. СПб., 2001.
- Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. М., 2000.
- Бурно М.Е.* Алкоголизм. Терапия творческим самовыражением. М., 2002.
- Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В.* Семейная терапия. М., 1999.
- Бэрон Р., Ричардсон Д.* Агрессия. СПб., 2001.
- Бюрингер Г., Ферстль Р.* Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ: интервенция // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2003. С. 981–1005.
- Ваисов С.Б.* Гештальт-подход в психотерапии больных наркоманиями // Журнал практического психолога. 2000. № 3–4.
- Валентик Ю.В. и др.* Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. М., 1997.
- Варга А.Я.* Семейные мифы в практике системной семейной психотерапии // Журнал практического психолога. 2001. № 1–2.
- Венера в мехах.* Л. фон Захер-Мазох. Венера в мехах. Ж. Делез. Представление Захер-Мазоха. З. Фрейд. Работы о мазохизме. М., 1992.
- Вермсер Л.* Комппульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения. М., 2000. С. 55–79.
- Вернадо М.* Злоупотребление медикаментами – медикаментозная зависимость. Злоупотребление наркотиками – наркотическая зависимость // Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М., 1999. С. 213–225.
- Видеодисплейные терминалы и здоровье пользователей.* ВОЗ, Женева, 1989.
- Винникотт Д.В.* Переходные объекты и переходные явления. Исследование первого «не-я» предмета // Антология современного психоанализа. Т. 1. М., 2000а. С. 186–200.
- Винникотт Д.В.* Способность к одиночеству // Антология современного психоанализа. Т. 1. М., 2000б. С. 254–260.
- Винникотт Д.В.* Использование объекта // Антология современного психоанализа. Т. 1. М., 2000 в. С. 447–454.
- Винникотт Д.* Игра и Реальность. М., 2002.

- Воронович Б.Т.* Алкоголизм: природа, лечение, выздоровление. М., 1999.
- Гаддини Е.* По ту сторону инстинкта смерти: проблемы психоаналитического исследования агрессии // *Психоанализ в развитии: Сб. переводов.* Екатеринбург, 1998. С. 108–127.
- Ганнушкин П.Б.* Об эпилептоидном типе реакции // *Избранные труды.* Ростов, 1998. С. 317–320.
- Ганнушкин П.Б.* Сладострастие, жестокость и религия // *Избранные труды.* Ростов, 1998. С. 269–290.
- Гаранский А.Н.* Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: Пособие для педагогов и родителей. М., 2003.
- Гарифуллин Р.Р.* Психокоррекция смысловых структур наркозависимой личности. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2000.
- Гарифуллин Р.Р.* Кодирование личности от алкогольной и наркотической зависимости. Манипуляции в психотерапии. Ростов-на-Дону, 2004.
- Гартман Х. и др.* Заметки по теории агрессии // *Антология современного психоанализа.* Т. 1. М., 2000. С. 107–130.
- Гоголева А.В.* Аддиктивное поведение и его профилактика. М. – Воронеж, 2002.
- Горобец Т.Н.* Социально-психологические и биологические факторы развития явления массового аутодеструктивного поведения // *Основы социального психоанализа.* М., 1996.
- Горски Т.* Путь выздоровления. М., 2003.
- Гребенюк А.А.* Особенности «наркоманического» патопсихологического синдрома и способ его диагностики // *Журнал практикующего психолога.* 1999а. № 5.
- Гребенюк А.* Психическая зависимость от психоактивных веществ. Модель, принципы и методы терапии // *Московский психотерапевтический журнал.* 1999б. № 3–4.
- Григорьев Г.И., Кузнецов О.Н.* Массовые эмоционально-эстетические методы психотерапии как этап анонимного лечения хронического алкоголизма // *Вестник гипнологии и психотерапии.* 1991. № 1.
- Гринберг Дж.* Управление стрессом. СПб., 2002.
- Гриненко А.Я. и др.* Нетрадиционные методы лечения алкоголизма. СПб., 1993.
- Гросс М.* Психологические аспекты синдрома алкогольной зависимости // *Нарушения, связанные с потреблением алкоголя.* Женева, ВОЗ, 1978.
- Гроф К.* Жажда целостности. Наркомания и духовный путь. М., 2000.
- Грюнвальд Б.Б., Макаби Г.В.* Консультирование семьи. М., 2004.
- Гуггенбюль-Крейг А.* Власть архетипа в психотерапии и медицине. СПб., 1997.
- Гуггенбюль-Крейг А.* Сексуальное насилие над детьми: миф и реальность // *Психология сексуальных отклонений: Хрестоматия.* Минск—М., 2002а. С. 539–555.
- Гуггенбюль-Крейг А.* Эрос на костылях. СПб., 2002б.
- Гузилов Б.М. и др.* Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме // *Методические рекомендации.* Л., 1980.
- Гузилов Б.М., Мейроян А.А.* Алкоголизм у женщин. Л., 1988.
- Гурьева В.А., Гиндикин В.Я.* Юношеские психопатии и алкоголизм. М., 1980.
- Данилин А.* Кокаин, первитин и другие психостимуляторы. М., 2000.
- Данилин А.Г.* LSD. Галлюциногены, психоделия и феномен зависимости. М., 2002.
- Данилин А., Данилина И.* Как спасти детей от наркотиков. М., 2001а.
- Данилин А., Данилина И.* Героин. М., 2001б.
- Дернер К., Плог У.* Заблуждаться свойственно человеку: Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. СПб., 1997.
- Джеймс У.* Воля к власти. М., 1997.
- Джиамбалво К.* Консультирование о выходе: Семейное воздействие. Как помогать близким, попавшим в деструктивный культ. Н. Новгород, 1995.

- Джонсон В.* Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. М., 2000.
- Дмитриева Т.Б. и др.* Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика): Монография. М., 2000.
- Дневник Алисы.* СПб., 2004.
- Доктер Д.* Драматерапия с клиентами, страдающими нарушениями аппетита: хрупкая граница // Драматерапия. М., 2002. С. 222–240.
- Дудко Т.Н. и др.* Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Методические рекомендации. М., 2001.
- Дюркгейм Э.* Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994.
- Европейский план действий* по борьбе с потреблением алкоголя. Киев, 1993.
- Еникеева Д.Д.* Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков: Учебное пособие. М., 1999.
- Еникеева Д.* Доктор, научите меня пить умеренно. М., 2000.
- Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д.* Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. СПб., 2002.
- Ефремов В.С.* Основы суицидологии. СПб., 2004.
- Жибо А.* Этьен или сегодняшний подросток. О подростковом возрасте и моральном мазохизме // Антология современного психоанализа. Т. 1. М., 2000. С. 470–483.
- Завьялов В.Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск, 1988.
- Завьялов В.Ю.* Пьющий мужчина: дианализ трудных вопросов жизни. М., 2003.
- Зайдлер Г.Х.* Клинические аспекты деструктивных сторон нарциссизма // Московский психотерапевтический журнал. 1997. № 2.
- Зайцев В.В.* Патологическая склонность к азартным играм – новая проблема российской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3.
- Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф.* Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб., 2003.
- Залыгина Н.А. и др.* Аддиктивное поведение молодежи: профилактика и психотерапия зависимостей. Минск, 2004.
- Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Психотерапия зависимостей. Метод сказкотерапии. СПб., 2001.
- Зиновьев С.В.* Суицид. Попытка системного анализа. СПб., 2002.
- Змановская Е.В.* Девиантология (психология отклоняющегося поведения): Учебное пособие для студ. высших учеб. заведений. М., 2003.
- Ишмуратов А.* Очерки психологии суицида // Журнал практического психолога. 1999. № 9.
- Как избавиться от вредных привычек.* Таблеткомания. СПб., 2000.
- Калмыкова Е.С.* Анализ в кредит: уступка реальности или бегство от реальности // Журнал практического психолога. 2001. № 1–2.
- Калишед Д.* Внутренний мир травмы // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 2.
- Калугин В. (сост.).* Крылов И.А. Басни: Басни, сатирическая проза. М., 2003.
- Каменская А.И., Радченко А.Ф.* Современная психотерапия и лечение зависимостей // Методы современной психотерапии: Учебное пособие. М., 2001. С. 333–386.
- Кан М.* Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. СПб., 1997.
- Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия. Т.1, 2. М., 1994.
- Каприо Ф.* Многообразие сексуального поведения. М., 1995.
- Карсон Р., Батчер Дж., Минека С.* Анормальная психология. СПб., 2004.
- Кернберг О.Ф.* Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М., 1998.

- Кернберг О.Ф.* Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М., 2000а.
- Кернберг О.Ф.* Отношения любви: норма и патология. М., 2000б.
- Клювер К.* Правонарушители и возможности их терапии // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. М., 2001. С. 26–60.
- Кляйн М.* Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. СПб., 1997.
- Кляйн М. и др.* Развитие в психоанализе. М., 2001.
- Ковалев С.В.* Семь шагов от пропасти: НЛП-терапия наркотических зависимостей. М., 2001.
- Когнитивная психотерапия* расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб., 2002.
- Колесов Д.В. В.И. Ленин: Личность и судьба.* М., 1999.
- Колесов Д.В. И.В. Сталин: Загадки личности.* М., 2000а.
- Колесов Д.В.* Эволюция психики и природа наркотизма. М. – Воронеж, 2000б.
- Колесов Д.В.* Антинаркотическое воспитание: Учебное пособие. М. – Воронеж, 2001.
- Колесников А.Н.* Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления // Без-опасность. Информ. сб. 1998. № 11–12.
- Колупаев Г.П., Лукомский М.И.* Методическое руководство по лечению больных алко-голизмом. М., 1991.
- Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб., 2002.
- Кон И.С.* Введение в сексологию: Учебное пособие. М., 1999.
- Коркина М.В. и др.* Нервная анорексия. М., 1986.
- Королев К.Ю.* Как избежать алкогольного срыва. М., 2000.
- Короленко Ц.П., Донских Т.А.* Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск, 1990.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Социодинамическая психиатрия. М. – Екатеринбург, 2000.
- Коттлер Дж.* Совершенный психотерапевт. Работа с трудными клиентами. СПб., 2002.
- Коттлер Дж., Браун Р.* Психотерапевтическое консультирование. СПб., 2001.
- Кох-Хиллебрехт М.* Номо Гитлер: психограмма диктатора. Минск, 2003.
- Кохут Х.* Анализ самости. М., 2003.
- Кочюнас Р.* Психологическое консультирование. Групповая психотерапия. М., 2002.
- Крамер Ч.* Мастерство психотерапии. СПб., 2003.
- Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. М., 1991.
- Кристал Г.* Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Пси-хология и лечение зависимого поведения. М., 2000. С. 80–118.
- Кристиане Ф.* Мы дети вокзала Цоо (Я, мои друзья и героин). СПб., 2001.
- Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология. М., 2002.
- Круглянский В.Ф.* Наркомании и токсикомании у подростков. Минск, 1989.
- Крупницкий Е.М., Гриненко А.Я.* Стабилизация ремиссий при алкоголизме. СПб., 1996.
- Крылов В.И.* Пограничные психические расстройства с нарушениями пищевого пове-дения. СПб., 1995.
- Кулаков С.А.* Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. М. – СПб., 1998.
- Кулаков С.А.* Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб., 2002.
- Кулаков С.А.* Основы психосоматики. СПб., 2003.

- Кулаков С.А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. СПб., 2004.
- Кун Р. Покушение на убийство проститутки // Экзистенциальная психология. Экзистенция. М., 2001. С. 512–572.
- Курек Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. СПб., 2001.
- Куттер П. Любовь, ненависть, зависть, ревность. Психоанализ страстей. СПб., 1998.
- Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб., 2001.
- Лангер В. Гитлер // Архетип. 1995. № 1.
- Ларионов А.В. Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. Екатеринбург, 1997.
- Легальные и нелегальные наркотики: Практическое руководство по проведению уроков профилактики среди подростков: В 2 ч. СПб., 1996. Ч. 1–2.
- Лешукова Е.Г. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики // Вестник РАТЭПП. 1995. № 1.
- Линднер Р. Девушка, которая не могла прекратить есть // Знаменитые случаи из практики психоанализа: Сб. М., 1995. С. 112–170.
- Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
- Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л., 1985.
- Личко А.Е. Истерики, рвущиеся к власти (Александр Керенский и Георгий Гапон) // Обозр. психiatr. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1996а. № 3–4.
- Личко А.Е. О четырех основах паранойяльной психопатии и паранойяльного развития на примере исторических личностей (Иван Грозный, И.В. Сталин, А. Гитлер) // Обозр. психiatr. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1996б. № 3–4.
- Личко А.Е. Типы акцентуации характера и психопатии у подростков. М., 1999.
- Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. Л., 1991.
- Лобок А.М. Подсознательный Маркс, или Евангелие, которое не состоялось. Екатеринбург, 1993.
- Лоренц К. Агрессия (так называемое зло). М., 1994.
- Люрссен Э. Проблема наркомании с точки зрения современного психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. М., 2001. С. 103–133.
- Маданес К. Стратегическая семейная терапия. М., 1999.
- Мазин В. Великая депрессия // Вестник психоанализа. 2002. № 1.
- Макаров В.В. Психически активные вещества в повседневной жизни человека. М., 1997.
- Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. М., 1999.
- Макаров В.В., Макарова Г.А. Транзактный анализ – восточная версия. М., 2002.
- МакДугалл Дж. Тысячеликий Эрос. Психоаналитическое исследование человеческой сексуальности. СПб., 1999.
- МакДугалл Дж. Театр души. Иллюзия и правда на психоаналитической сцене. СПб., 2002.
- Макеева А.Г. Ранняя профилактика наркотизма у детей и подростков. М., 2000.
- Маккена Т. Пища Богов. Поиск первоначального древа познания. М., 1995.
- Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учебное пособие. Ростов, 2000.
- Марилев В.В. Частная психопатология: Учебное пособие для студ. высших учеб. заведений. М., 2004.
- Маркиз де Сад и XX век. М., 1992.

- Маркова И.В., Афанасьев В.В. Клиническая токсикология детей и подростков. СПб., 1998.
- Мельник Э.В. О природе болезней зависимости (алкоголизм, наркомании, «компьютеромания» и др.). Одесса, 1998.
- Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. М., 2001.
- Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). М., 2003.
- Меннингер К. Война с самим собой. М., 2000.
- Мережковский Д.С. Наполеон. М., 1993.
- Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. М., 1998.
- Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М., 2002а.
- Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных). М., 2002б.
- Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М., 2001.
- Мэй Р. Любовь и воля. М., 1997.
- Мэй Р. Сила и невинность. М., 2001.
- Мэнделл Дж. и др. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие. М., 1998.
- Наркологическая помощь населению Российской Федерации. 1991–1997 гг. М., 1998.
- Наркомания в России: вызов национальной безопасности. М., 1997.
- Наркомания как форма девиантного поведения / Под ред. М.Е. Позднякова. М., 1997.
- Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 1999. № 2.
- Некрасова Е.А. Краткий справочник по психотерапии. Ростов, 2003.
- Никитин Ю.И. Профилактика и лечение алкоголизма. Киев, 1990.
- Ноймар А. Диктаторы в зеркале медицины. Наполеон. Гитлер. Сталин. Ростов, 1997.
- Норвуд Р. Женщины, которые любят слишком сильно. М., 2002.
- Нохуров А. Нарушения сексуального поведения. М., 1998.
- Обухов Я.Л. Детская агрессивность и проблемы анального характера в концепции Анны Фрейд // Российский психоаналитический вестник. 1993–1994. № 3–4.
- Онг Т.Г. Психологические изменения у наркоманов в ходе осуществления программы группового консультирования // Бюллетень наркотических средств. ООН. 1994. Т. 46. № 2.
- Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. М., 1993.
- Павлов И.С. Психотерапия в практике. М., 2003.
- Паджаковска К. Извращение. М., 2002.
- Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: Семья как терапевт. М., 1993.
- Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М., 1996.
- Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. СПб., 2002.
- Полмайер Г. Психоаналитическая теория депрессии // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. М., 1998. С. 681–718.
- Попов Ю.В. Особенности психотерапии при ранней алкоголизации и токсикоманическом поведении подростков с психопатическими расстройствами // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л., 1989.
- Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обзор. психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева, 1994. № 1.
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб., 2000.

Потапов С.А., Якубова А.В. Агрессивность, аутоагрессивность и виктимность при некоторых психических расстройствах и их психоаналитическая трактовка // Российский психоаналитический вестник. 1993–1994. № 3–4.

Потапова В.А. Случай клептомании как компромиссного образования Эдипова комплекса // Российский психоаналитический вестник. 1993–1994. № 3–4.

Поттер-Эфрон Р.Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М., 2002.

Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. М., 2001.

Приказ МЗ РФ № 68 от 22.02.96 г. «Об исполнении Федеральной целевой программы „Комплексные меры противодействия злоупотребления наркотиками и их незаконному обороту“. М., 1996.

Проценко Е.Н. Наркотики и наркомания. М., 1999.

Психиатрический энциклопедический словарь. Киев, 2003.

Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования). Самара, 1998.

Психология деструктивных культов: профилактика и терапия культовых травм // Журнал практического психолога. М., 2000. № 1, 2.

Психология зависимости: Хрестоматия. Минск, 2004.

Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М., 2000.

Пурич-Пейакович Й., Дуныч Душан Й. Самоубийство подростков. М., 2000.

Пухова Т.И. «Ф» – последняя буква. Случай аффективного и мотивационного расстройства личности // Журнал практического психолога. 1999. № 1.

Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. М., 1988.

Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. М., 1994.

Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. М., 2002.

Радзинский Э. Сталин. М., 1997.

Радзинский Э. Наполеон: Жизнь после смерти. М., 2003.

Ранкур-Лаферьер Д. Психика Сталина. Психоаналитическое исследование. М., 1996а.

Ранкур-Лаферьер Д. Рабская душа России. Проблема нравственного мазохизма и культ страдания. М., 1996б.

Ранкур-Лаферьер Д. Россия и русские глазами американского психоаналитика. М., 2003.

Решетников М.М. Влечение к смерти // Рязанцев С. Танатология. Наука о смерти. СПб., 1994.

Родс Т. Работа с труднодоступными наркоманами. Лондон, 1996.

«Розовая психотерапия»: Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д. Дэйвис, Ч. Нил. СПб., 2001.

Ромашкевич М.В. Детоубийство и нарциссизм // Российский психоаналитический вестник. 1993–1994. № 3–4.

Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: Учебное пособие. М., 2002.

Россохин А.В. Психоаналитические аспекты зависимого поведения (на примере психотерапии наркомании) // Проблемы профилактики и терапии наркомании. Самара, 1997а.

Россохин А.В. Эротизированный перенос как защита от проявления агрессии к аналитику // Психотерапия: от теории к практике. М., 1997б.

Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М., 2002.

Рязанцев В.А. Психотерапия и деонтология при алкоголизме. Киев, 1983.

Саймон Р. Один к одному: Беседы с создателями семейной терапии. М., 1996.

- Сандлер Дж. и др. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса. Воронеж, 1993.
- Сапина Е.А., Соколова В.Е. Особенности детско-родительских отношений в сектантской семье // Журнал практического психолога. 2000. № 8–9.
- Свит К. Соскочить с крючка. СПб., 1997.
- Сельвини Палаццоли и др. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. М., 2002.
- Сердюкова Н.Б. Наркотики и наркомания. Ростов, 2000.
- Сиберг Ч. Приговоренные к природе // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 3.
- Симонова Е.М. Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью // Московский психотерапевтический журнал. 2001а. № 3.
- Симонова Е.М. Возможности когнитивного подхода в психотерапии химической зависимости // Московский психотерапевтический журнал. 2001б. № 4.
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Наркотики: проблемы и их решение. М., 2001а.
- Сирота Н.А. и др. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. М., 2001б.
- Скэрдеруд Ф. Беспокойство. Путешествие в себя. Самара, 2003.
- Смит Э.У. Внуки алкоголиков: проблемы взаимозависимости в семье. М., 1991.
- Снегирева Т.В. Кража // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 1.
- Современные проблемы пограничных и аддитивных состояний. Томск, 1996.
- Сокаридес Ч.В. Значение и содержание отклонений в сексуальном поведении. Вклад психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. М., 1998.
- Старович З. Сексуальное насилие // Психология сексуальных отклонений: Хрестоматия. Минск—М., 2002.
- Старшенбаум Г.В. Клинико-экспериментальная оценка образных переживаний, внушенных в гипнозе // Вопросы клинической и социальной психоневрологии. М., 1976а. С. 99–106.
- Старшенбаум Г.В. Психопатологический анализ образных переживаний, внушенных в гипнозе // Вопросы клинической и социальной психоневрологии. М., 1976б. С. 113–122.
- Старшенбаум Г.В. Формы и методы кризисной психотерапии. Методические рекомендации. М., 1987.
- Старшенбаум Г.В. Любовь против одиночества. М., 1991.
- Старшенбаум Г.В. Отчего стал горьким мед // Психология и психотерапия семейных конфликтов. Хрестоматия. Самара, 2003а. С. 430–464.
- Старшенбаум Г.В. Из записок сексолога // Психология и психотерапия семейных конфликтов. Хрестоматия. Самара, 2003б. С. 513–525.
- Старшенбаум Г.В. Сексуальная и семейная психотерапия. М., 2003в.
- Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. М., 2003 г.
- Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М., 2005.
- Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия (в печати).
- Старшенбаум Г.В. и др. Купирование кризисных состояний в условиях специализированного стационара. Методические рекомендации. М., 1986.
- Старшенбаум Г.В. и др. Дифференцированная психокоррекционная и медикаментозная терапия суицидоопасных пограничных транзиторных состояний у лиц с конфликтом зависимых отношений. Методические рекомендации. М., 1994.
- Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001.
- Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение. М., 1997.

- Ткаченко А.А. Сексуальные извращения – парафилии. М., 1999.
- Ткаченко А.А., Якубова А.В. Садомазохистское влечение и механизмы психологической защиты // Российский психоаналитический вестник. 1992. № 2.
- Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 2. М., 1996.
- Томэ Х. О психотерапии пациентов, страдающих нервной анорексией // Московский психотерапевтический журнал. 1998. № 2.
- Трайнина Е.Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями // Методические рекомендации. М., 1987.
- Трайнина Е.Г. Наркологические аспекты суицидологии // Методические рекомендации. М., 1990.
- Тэхкэ В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход. М., 2001.
- Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости. М., 2002.
- Уилсон К., Голдман Э. Дверь в прошлое. Использование психодрамы в работе со взрослыми детьми алкоголиков и другими лицами, страдающими созависимостью // Психодрама: вдохновение и техника. М., 1997. С. 185–196.
- Ураков И.Г. и др. Антиалкогольная политика и ее результаты в странах мира на современном этапе // Вопросы психологии. 1990. № 2.
- Усков А. Извращенность: проблема личности и общества // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 4.
- Фалковски К. Опасные наркотики. М., 2002.
- Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. М., 2004.
- Фланаган Р.Д., Иве Р.Д. Злоупотребление летучими веществами // Бюллетень наркотических средств. ООН, 1994. Т. 46. № 2.
- Фрайбергер Г. Психогенные нарушения питания. Специальные психотерапевтические показания для психосоматических пациентов // Психиатрия, психосоматика, психотерапия. М., 1999. С. 126–129, 142–145.
- Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Т. 2. М., 1999.
- Фрейд З. Преобразования при половом созревании // Фрейд З. Психология бессознательного. М., 1990а. С. 174–200.
- Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // Психология бессознательного. М., 1990б. С. 382–424.
- Фрейд З. Я и «ОНО // Я и „ОНО“. Труды разных лет. Кн. 1. Тбилиси, 1991а. С. 351–392.
- Фрейд З. Достоевский и отцеубийство // Я и «ОНО». Труды разных лет. Кн. 2. Тбилиси, 1991б. С. 351–392.
- Фрейд З. Экономическая проблема мазохизма // Венера в мехах. Л. фон Захер-Мазох, Ж Делез, З. Фрейд. М., 1992. С. 349–364.
- Фрейд З. Мы и смерть // Рязанцев С. Танатология – наука о смерти. СПб., 1994.
- Фрейд З. Почему война? // Архетип. 1995а. № 1.
- Фрейд З. Размышления о войне и смерти // Архетип. 1995б. № 2.
- Фрейд З. Анализ конечный и бесконечный // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 2.
- Фрейд З. Статьи о кокаине. СПб., 1998.
- Фрейд З. Замечания о любви в перенесении // Зигмунд Фрейд и психоанализ в России. М. – Воронеж, 2000. С. 160–170.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. СПб., 2001а.
- Фрейд З. О добывании огня // Московский психотерапевтический журнал. 2001б. № 2.
- Фрейд З. Своевременные мысли о войне и смерти // Russian Imago 2001. Исследования по психоанализу культуры. СПб., 2002. С. 30–48.

- Фридман Б.Д.* Деструктивные влечения в эпилептоидии и психастении // Реф. А.В. Литвинова: Российский психоаналитический вестник. 1993–1994. № 3, 4.
- Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф.* Наркология. М.-СПб., 1998.
- Фромм Э.* Иметь или быть? М., 1990.
- Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.
- Фромм Э.* Бегство от свободы. М., 1995.
- Хайгл-Эверс А. и др.* Базисное руководство по психотерапии. СПб., 2001.
- Хажилина И.И.* Профилактика наркомании: модели, тренинги, сценарии. М., 2002.
- Хаксли О.* Двери восприятия. Рай и ад: Трактаты. СПб., 2002.
- Ханзян Э. Дж.* Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения. М., 2000. С. 28–54.
- Хассен С.* Освобождение от психологического насилия. СПб., 2001.
- Хензелер Х.* Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. М., 2001. С. 88–102.
- Хорни К.* Собрание сочинений в 3-х томах. М., 1997.
- Хрестоматия по суицидологии.* Киев, 1996.
- Цетлин М.Г., Пелипас В.Е.* Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. М., 2000.
- Циерпка М.* О психодинамике невротически обусловленной клептомании // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 1.
- Цитренбаум Ч. и др.* Гипнотерапия вредных привычек. М., 1998.
- Чуркин А.А., Мартюшов А.Н.* Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М., 1999.
- Шабанов П.В., Штакельберг О.Ю.* Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб., 2001.
- Шихирев П.Н.* От терапии личности к терапии социальной среды: Эволюция подходов к решению проблемы алкоголизма в США // Психологический журнал. 1987. Т. 8. № 5.
- Шмидт-Хеллерау К.* Влечение к жизни и влечение к смерти. Либи́до и Лета. Сводная формально-логическая модель психоаналитической теории влечений и структурной теории. СПб., 2003.
- Шнейдман Э.С.* Душа самоубийцы. М., 2001.
- Шорохова О.А.* Жизненные ловушки зависимости и созависимости. СПб., 2002.
- Шостром Э., Браммер Л.* Терапевтическая психология. Основы консультирования и психотерапии. СПб., 2002.
- Штайнер К.* Игры, в которые играют алкоголики. М., 2003.
- Штайнер К.* Лечение алкоголизма. СПб., 2004.
- Шувалов А.В.* Справочник практического врача по психиатрии, наркологии и сексопатологии. М., 2001.
- Шюпп Д.* О психоаналитическом понимании юношеской диссоциальности, ее терапии и профилактике // Энциклопедия глубинной психологии. Т. II. М., 2001. С. 61–87.
- Щербаков А., Власова Ю.* Заметки о тех, кто грезит // «Играть по-русски». Психодрама в России: истории, смыслы, символы. М., 2003. С. 281–300.
- Щербаков А. и др.* Игра против игры. Заметки о психодраматической работе с зависимыми от азартных игр // «Играть по-русски». Психодрама в России: истории, смыслы, символы. М., 2003. С. 253–263.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В.* Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.
- Эллис А.* Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб., 1999.
- Энтин Г.М. и др.* Алкогольная и наркотическая зависимость (Практическое руководство для врачей). М., 2002.

- Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М., 1996а.
- Эриксон Э.Г.* Молодой Лютер. Психоаналитическое историческое исследование. М., 1996б.
- Эриксон Э.* Детство и общество. СПб., 2002.
- Эрих Ф.* и др. Инцест, или Кровосмешение. М., 2000.
- Эшнер Л., Майерсон М.* Когда родители любят слишком сильно. М., 2002.
- Якоби М.* Встреча с аналитиком. Феномен переноса и человеческие отношения. М., 1996.
- Ялом И.Д.* Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. М., 1997.
- Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.
- Ялом И.* Лжец на кушетке. М., 2003.
- Янг Дж. И.* Одиночество, депрессия и когнитивная терапия: теория и ее применение // Лабиринты одиночества. М., 1989.

Словарь терминов

Абстиненция (лат. *abstinentia* – воздержание) – совокупность соматических и психических расстройств, наступающих при отмене *ПАВ* и прекращающихся при его введении, как при похмелье или «ломке».

Абьюз (англ. *abuse* – злоупотребление, оскорбление) – инцестуозное сексуальное или физическое насилие.

Аверсивная терапия (англ. *aversion* – отвращение) – выработка отрицательного рефлекса путем сочетания объекта патологического влечения с неприятными стимулами (например, алкоголя с рвотными средствами).

Алекситимия (греч. *lexis* – слово; *thymos* – чувство, настроение) – неспособность осознавать и описывать эмоции, проявлять эмпатию.

Ангедония (греч. *hedone* – наслаждение) – неспособность испытывать чувственные удовольствия.

Анозогнозия (греч. *nosos* – болезнь; *gnosis* – знание) – отсутствие критического отношения к болезни, связано с защитным *отрицанием*.

Архетипы (греч. *arche* – начало) – первобытные представления о мужчине и женщине, отце и матери, герое и т. п., проявляющиеся в образах сновидений и фантазий.

Ассертивный тренинг (англ. *assertive* – напористый) – тренинг уверенности.

Вытеснение – защитное удаление из сознания неприемлемого содержания и удержание его в бессознательном.

Гедонизм (греч. *hedone* – наслаждение) – *сверхценное* отношение к чувственным удовольствиям.

Гиперестезия (греч. *hyper* – сверх, *aesthesia* – ощущение) – обостренное восприятие обычных стимулов.

Гиперфагия (греч. *phag* – еда) – переедание, обжорство.

Дереализация – чувство нереальности происходящего.

Диссоциация (лат. *dis* – разделение) – защита от внутреннего конфликта за счет утраты интегративной функции Я.

Дисфория (греч. *phero* – переносу) – взрывоопасное состояние мрачной ожесточенности.

Дофамин – ключевой *нейромедиатор*, стимулирующий центр удовольствия в головном мозгу. На него замыкаются многие другие нейромедиаторы.

Злоупотребление ПАВ – ранняя форма зависимости, когда повторный прием *ПАВ* приводит к явным проблемам в семье, учебе или работе, к ситуациям физической опасности для жизни и конфликтам с законом.

Идентификация – защитное отождествление собственных психических качеств с таковыми у значимого другого. Например, идентификация с агрессором для защиты от своего страха перед ним.

Импульсивное поведение – внезапное необдуманное действие; характерно, в частности, при патологических влечениях.

Интеллектуализация – замена тревожного содержания переживания абстрактно-логическим.

Интроекция – замена отношений с внешним объектом отношениями с его представлением – интроектом. Благодаря интроекции аддикт тотально и безраздельно контролирует избранный объект в своем внутреннем мире.

Компульсия (лат. compello – принуждаю) – навязчивое побуждение к действию, вопреки своему разуму, чувствам и воле. Подобная борьба мотивов свойственна, в частности, при *сверхценных увлечениях*.

Контрфобия (лат. contra – против; phobos – страх) – получение удовольствия от опасной деятельности. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью защитной эйфории от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом *эндорфина*.

Минимальная мозговая дисфункция у детей проявляется в плохой обучаемости и гиперактивности. См. *синдром дефицита удовольствия*.

Нейромедиаторы – вырабатываемые головным мозгом вещества, передающие нервные импульсы от одной клетки мозга на другую.

Обсессии (лат. obsessio – осада) – навязчивые мысли, сомнения, воспоминания с оттенком произвольности и нежелательности.

Онейроид (греч. oneiros – сновидение) – сновидное помрачение сознания с дезориентировкой, наплывом иллюзий и видений фантастического содержания.

Оральная стадия (лат. or – рот) – первая фаза психосексуального развития, когда эrogenная зона грудного ребенка сосредоточена вокруг рта.

Отмена (случившегося) – символическое уничтожение уже сделанного. Например, проигравший деньги друга навязчиво высказывает свое сожаление по этому поводу, чтобы защититься от обвинений Суперэго в чувстве зависти к другу.

Отреагирование – *импульсивный* прорыв бессознательного конфликта в поведении без учета негативных последствий. В терапии – эмоциональная разрядка и освобождение от аффекта, связанного с воспоминанием о травмирующем событии.

Отрицание – игнорирование важных реальностей, например наличия аддикции и ее опасности. К отрицанию прибегает *расщепленное* сознание, чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром.

Параноидно-шизоидная позиция – страх и подозрения младенца в отношении материнской груди. Связана с врожденной завистью младенца к груди и необходимостью использовать ее для *проекции* собственного инстинкта смерти.

Патогенез (греч. pathos – страдание; genesis – происхождение) – представления о механизмах болезни.

Патологические влечения – расстройство контроля над побуждениями, выражающееся в неспособности противостоять *импульсивно* возникающим желаниям совершать опасные для себя или окружающих действия. При удовлетворении этих желаний (к воровству, поджогу, агрессии и т. д.) возникает чувство удовольствия.

Перверсия (лат. versus – против, наоборот) – извращение, особенно половое. Связано с недифференцированным характером инфантильного сексуального поведения.

Перенос – перемещение чувств, испытываемых к значимой фигуре, на другого человека, и их *отреагирование*.

Переходные объекты – предметы или деятельность, которые символизируют для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен *интроецировать* материнскую фигуру и быть себе хорошей матерью.

Поведенческая психотерапия направлена на улучшение социального взаимодействия путем тренинга недостающих навыков, а также приучения переносить пугающие воздействия.

Пограничное расстройство личности отличается нестабильностью аффекта, отношений и самооценки. Характерная защита – *расщепление*.

Преморбид (лат. prae – перед; morbus – болезнь) – состояние до болезни.

Привыкание – ненаучный термин, подразумевающий *психическую зависимость* больного от препарата, принимаемого с целью облегчить тягостные проявления болезни.

Примитивная идеализация объекта зависимости заключается в том, что он занимает центральное место в жизни аддикта.

Продром (греч. *drom* – бег, течение) – предвестник, начало болезни.

Проекция – защитное приписывание другому собственных неприемлемых мыслей, чувств и мотивов.

Проективная идентификация – *проекция* на объект зависимости своих психических качеств для *идентификации* с ним. В результате возникает чувство обретения власти и контроля над объектом.

Псевдонезависимость – демонстрация независимости от объектов аддикции.

Психическая зависимость – *обсессивное* влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в интоксикации.

ПАВ – психоактивное вещество, оказывающее наркотическое воздействие на организм. К *ПАВ* относятся наркотики и официально не причисленные к наркотикам вещества: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии.

Психоорганический синдром – выраженное снижение памяти, интеллекта и аффективного контроля.

Расщепление, сплиттинг (англ. *splitting*) – неспособность соединять хорошие и плохие качества в целостный образ; при этом один и тот же объект то идеализируют, то обесценивают и ненавидят.

Рационализация – сознательное обоснование своего поведения приемлемыми мотивами вместо скрытых неприемлемых.

Реактивное образование – замена неприемлемых мыслей и чувств на диаметрально противоположные.

Ремиссия – временная остановка или ослабление болезненного процесса.

Ригидный (лат. *rigidus* – жесткий) – не поддающийся изменению, тугоподвижный.

Сенестопатии (лат. *sensus* – ощущение; греч. *pathos* – страдание) – необычные мучительные ощущения неопределенной локализации без объективно определяемых причин.

Серотонин – *эйфоризирующий нейромедиатор*, при его дефиците развивается депрессия.

Сверхценное увлечение – навязчиво доминирующее в сознании отношение к объекту или виду деятельности, проявляющееся в *компульсивном* поведении. Сверхценными увлечениями являются вещизм, аддикция к власти, фанатизм, трудоголизм и др.

Синдром дефицита удовольствия проявляется в постоянном чувстве скуки; источником «острых ощущений» для ребенка с этим синдромом становится гиперактивность, непослушание, лживость и агрессивность.

Синестезия (греч. *aesthesia* – ощущение, чувство) – ощущение в одном органе чувств при раздражении другого: краски звучат, звуки окрашены и т. п.

Слабодушие – неспособность сдерживать внешние проявления эмоциональных реакций, напр., сентиментальная слезливость.

Созависимость – вариант аддикции отношений, при котором отношения с другим человеком используются в качестве объекта аддикции.

Субдепрессия – непсихотическая, малая депрессия, без бреда и галлюцинаций.

Сублимация – контроль неприемлемых побуждений путем их частичного удовлетворения в социально одобряемой форме, напр., творческий запой.

Сумеречное помрачение сознания – приступообразно возникающее «концентрическое» сужение сознания с выраженной дезориентировкой, неукротимой яростью, направ-

вленной на узкий круг лиц, галлюцинаторно-бредовым возбуждением, бессвязной речью и последующей полной амнезией.

Суперэго – внутренний судья, часть психики, в которой находятся инфантильные *интроекты*, требующие подражания идеалам и угрожающие наказанием за их предательство.

Токсикомания – зависимость от *ПАВ*, официально не отнесенных к наркотикам.

Токсические эмоции – негативные эмоции, ставшие объектами эмоциональной зависимости: тревога за зависимого, жалость к нему, периодическое появление стыда, вины, обиды, ненависти.

Толерантность (лат. *tolerantia* – терпение) – максимально переносимая доза *ПАВ* с сохранением функционирования. Поведенческая толерантность проявляется в способности контролировать внешние признаки опьянения. Функциональная толерантность отражает биохимические нарушения и заключается в необходимости со временем повышать дозу *ПАВ* для достижения того же состояния опьянения.

Тотемическое мышление (индейское *тотем* – объект религиозного почитания), здесь: наделение *ПАВ* и врача *магической* силой.

Триангуляция (лат. *triangulum* – треугольник) легко возникает у недифференцированных личностей, которые при возникновении конфликта пытаются привлечь третье лицо для поддержки или разрядки напряжения. Третьим объектом может быть и какая-то аддиктивная деятельность, например трудоголизм.

Фаллическая стадия (греч. *phallos* – эрегированный половой член) – наступает в результате перемещения доминирующей эрогенной зоны с ануса на гениталии.

Физическая зависимость – *компульсивное* влечение к опьянению со способностью к физическому комфорту в опьянении и формированием *абстинентного* синдрома.

Фрустрация (англ. *frustration* – разочарование, неудовлетворенность) – психологическое напряжение, переживаемое при вынужденном отказе от удовлетворения значимой потребности, крушении надежд (обида, разочарование и т. п.).

Химическая зависимость – психическое или соматическое состояние, являющееся следствием повторного употребления естественного или синтетического *ПАВ*.

Центр удовольствия – участок головного мозга, стимуляция которого вызывает *эйфорию*, по интенсивности близкую к оргазму.

Шизоид (греч. *schiso* – расщепляю, раскалываю) – личность с преобладающим символическим мышлением, эмоциональной отчужденностью и ранимостью.

Эго – Я, психическая инстанция, примиряющая требования реальности и собственные потребности индивида.

Эмоциональная зависимость – чрезмерная фиксация на определенных видах деятельности, проявляется, в частности, азартным поведением.

Эндоморфин (эндорфин) (греч. *endo* – внутри) – *нейромедиатор*, действующий на опиатные рецепторы, расположенные на поверхности нервных клеток головного мозга. Выработку эндорфина стимулирует как пребывание наедине с любимым человеком, так и страх смерти («юмор висельника»).

Энцефалопатия (греч. *encephalos* – мозг; *pathos* – страдание) – органическое поражение головного мозга с необратимыми психическими нарушениями.