

Постнов В.В.

СОЗАВИСИМОСТЬ

Учебное пособие для врачей психиатров, психиатров-наркологов,
клинических психологов

Пособие содержит основные сведения о созависимости как междисциплинарной проблеме, раскрывает особенности этого феномена с точки зрения оказания комплексной помощи наркологическим больным, влияния созависимости на результаты лечения, предлагает стратегии коррекционной и профилактической работы в данном направлении. В настоящем пособии дается обзор опубликованной литературы по данной теме в отечественных и зарубежных источниках, а также – результаты собственных исследований.

Настоящее пособие предназначено для врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических психологов.

Содержание

Введение.....	3
Определение созависимости.....	3
Признаки созависимости.....	7
Влияние созависимости.....	11
Нозологические проявления созависимости.....	13
Механизм развития созависимости и «динамика ролей».....	14
Коррекция и психотерапия созависимости.....	15
Литература.....	19

Введение

Созависимость – относительно новый для отечественной и зарубежной психологии, социологии, психотерапии и наркологии феномен. Всё большее внимание исследователей он привлекает прежде всего по причине роста заболеваемости алкоголизмом и особенно – наркоманией на рубеже XX и XXI веков, а соответственно – и роста числа лиц, подверженных состоянию созависимости. Однако до настоящего времени остаётся ряд вопросов, требующих скорейшего разрешения на междисциплинарном уровне, отсутствует единый подход к данной проблеме со стороны представителей разных специальностей, что затрудняет прежде всего организацию и реализацию адекватной помощи как созависимым лицам, так и самим наркологическим больным. Во-первых, если созависимость – прежде всего психологический феномен, то как относиться к многочисленным расстройствам аффективного, невротического и психосоматического характера, которым подвержены созависимые? Во-вторых, если есть попытки относиться к созависимости как к болезни (Москаленко В.Д., 1997), то как её классифицировать, к какой медицинской дисциплине относить – психиатрии (как особое невротическое стрессовое расстройство), наркологии (в таком случае наркологические заболевания стоит пересмотреть с точки зрения семейной детерминированности), либо – психосоматической медицине (ввиду наиболее выраженных соматических жалоб у созависимых)? Кроме того, до сих пор отсутствуют критерии развившейся созависимости и «донологической» её формы, если бы речь шла о заболевании.

Определение созависимости

Наиболее чёткое и объемлющее определение созависимости даёт В.Д.Москаленко (1994): - «состояние человека, на жизнь которого существенно влияет наркологическое заболевание другого, близкого, совместно проживающего с ним человека». Собственный клинический опыт,

различные формы работы с родственниками наркологических больных позволяют нам подтвердить, уточнить и развить некоторые особенности созависимости.

Устойчивость ремиссии наркологических больных после лечения и реабилитации тесно связана с проблемами семейных взаимоотношений. На разных этапах ремиссии меняется содержание семейных и бытовых конфликтов. У больных в начале ремиссии быстро ослабевает актуальность переживаний, связанных с последствиями пьянства, что соответствует упоминаемому А.А. Портновым и И.Н. Пятницкой (1974) периоду «медового месяца» в ремиссии. В то же время у его близких родственников еще долго сохраняется тревога и озабоченность, влияющая на внутрисемейные отношения. Дело в том, что семья представляет собой некую систему, в которой существует механизм "поддержания равновесия и целостности", при определенных обстоятельствах накапливаются коммуникативные дефекты и искажения внутри этой системы. Создаются условия, в которых ради поддержания всей "системы" в целостности и равновесии в роли "цементирующего и удерживающего" фактора выступает симптом или болезнь одного из членов семьи. В дальнейшем это может быть целый комплекс заболеваний, жалоб и различного рода проблем уже не одного, а нескольких членов семьи (Сатир В., 1992; Коннер Р., 1997; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999). В случае развития алкоголизма у одного из членов семьи, его близкие, несмотря на демонстрируемое осуждение его алкоголизации, тем не менее, переживают сходные процессы. Одним из проявлений обоих состояний - зависимости и созависимости – является мощная психологическая защита. Как больной алкоголизмом, так и его близкие созависимые родственники используют все виды психологической защиты, наиболее интенсивно - отрицание.

Именно эти общие паттерны поведения создают основу для накопления внутри - и межличностных конфликтов в семье, провоцирующих срыв

ремиссии. Особенно межличностные конфликты возрастают в кризисные периоды семьи.

Во время кризисных периодов функционирования семья, как система, сталкивается с новыми условиями существования (рождение первого ребенка, начало его школьного обучения, уход первого ребенка из семьи, вступление его в брак, выход одного из членов семьи на пенсию, а также - смерть или тяжелое заболевание одного из членов семьи и т.п.). Во всех подобных случаях семья в целом вынуждена адаптироваться к этим новым условиям. Суть кризисной ситуации для семьи как системы в том, что во-первых, каждому её члену приходится испытывать недостаток ресурсов (например: бессонные ночи, недостаток внимания и ласки со стороны жены для молодого мужа после рождения ребёнка и т.п.). Во-вторых, каждому приходится осваивать новые для себя знания и навыки. Пример – учиться стирать и гладить пелёнки, купать ребёнка и гулять с ним в первые месяцы после рождения приходится на практике и матери и отцу, несмотря на его занятость. Третье – пересмотр целей, ценностей и иерархии взаимоотношений на новом этапе совместного, семейного сосуществования. Например, влчсный и самолюбивый молодой отец стоит перед необходимостью быть «на вторых ролях» в вопросах лечения и воспитания родившегося ребёнка, если это не является его профессией и совершенно ему до сих пор не знакомо. Ему же приходится делать осозанный и волевой выбор в пользу семейных дел (необходимость уделять время больному ребёнку во время любимой им телепередачи - трансляции футбольного матча). Кризис может быть преодолён при условии, что каждый член семьи как системы сможет на данном этапе освоить дополнительные доступы к ресурсам, приобрести новые знания, новые навыки, касающиеся нового вида деятельности «по теме кризиса», пересмотреть собственную систему целей, ценностей и иерархию взаимоотношений (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999; Коннер Р., 1996; Хейли Дж., 1994). Особенность кризиса для семьи при развитии наркологического заболевания состоит в том, что проявление

проблемы больного родственника является социально осуждаемым поведением: алкоголизация, пьянство считается пороком. Ради сохранения целостности семьи, её члены осознанно или неосознанно «дежурят» рядом с пьяным родственником. Это почти всё равно, что с больным, так как в опьянении человек «не ведает, что творит». Так как он близкий, родной, семейные ценности почти на уровне инстинктов требуют: «своего надо защищать!». Его приходится порой буквально носить на руках, когда он является фактически беспомощным в состоянии глубокого опьянения (как тяжёлый больной), успокаивать и отвлекать, когда он агрессивен и рискует совершить антиобщественные действия. Один или несколько членов семьи, выполняя таким образом новые для себя роли ("няни", "сиделки", "медсестры" и т.п.), вначале могут испытывать прилив сил и энтузиазм в такой деятельности (укрепляется иллюзия «контроля над плохим поведением»), строить радужные планы на будущее. Тем не менее, по тому же механизму, что и в "профессиональном сгорании", сталкиваясь с реальностью, они могут испытывать разочарования, перегрузки, а также все те же признаки и симптомы эмоционального сгорания.

Наличие в семье больного алкоголизмом или наркоманией не всегда может свидетельствовать о созависимости родственников. По нашим наблюдениям, проживающие отдельно родители или дети наших больных, их супруги при семейном стаже менее 5 лет, а так же – жёны больных наркоманией со сроком наркотизации менее 1-го года имели различные проявления невротических и психосоматических расстройств при отсутствии или недостаточной выраженности указанных выше признаков и характеристик созависимости. Предъявляемые ими жалобы и симптомы были более чёткими, коррегируемыми и скоротечными. Очевидно, отсутствие «совместного проживания» и длительного контакта с антисоциальными проявлениями наркологического заболевания родственников были препятствиями для полного развития созависимости. Данный факт

свидетельствует о необходимости уточнения диагностики и определения этого феномена.

Признаки созависимости

A.Schaef (1986) предлагает следующее описание основных признаков созависимости:

- 1. Проблема контроля** для созависимых является основой появления у них симптомов депрессии. Учитывая, что алкоголизация и наркотизация относятся к социально осуждаемому поведению, близкие больного, принимают на себя ответственность за больного, как бы нуждающегося в опеке и контроле. Они верят, что могут контролировать ситуацию, пытаются взять под контроль практически неконтролируемые события.
- 2. «Забота о других».** Созависимым необходимо добиться такого положения, чтобы окружающие считали их незаменимыми, чтобы в них нуждались. Созависимость как бы обязывает человека принимать на себя новые, необходимые в данном случае функции и роли («санитарки», «сиделки», «няни», «надсмотрщика» и т.п.) рядом с наркологически больным.
- 3. «Направленность вовне»** - это значит «быть постоянно на дежурстве», т.е., постоянно ориентироваться «как он, трезвый ли, злой ли и т.п.» - это значит: забыть о себе, «не до чувств». Созависимые часто на вопрос психолога «что Вы чувствуете?» отвечают: «Я сначала должна знать, как там ОН? А уж потом буду думать, что чувствую сама».
- 4. «Блокирование чувств».** Созависимые, будучи поглощенными удовлетворением желаний других лиц, теряют навыки в распознавании и понимании собственных чувств, ощущения самих себя. Чувства (прежде всего – гнев, обида, вина и т.п.) блокируются чаще подсознательно, что является еще одной причиной накопления психосоматических нарушений.
- 5. Психосоматические симптомы** вследствие вышперечисленных характеристик развиваются совершенно закономерно. Долго себя и своё

тело обманывать безнаказано невозможно. Особенность психосоматических симптомов у созависимых состоит ещё в том, что с самого начала их проявления, как правило, они закрепляются вторичной выгодой. При первом же приступе (например – гипертоническом кризе), связанном с переживаниями из-за пьянства или наркотизации зависимого родственника, он (она) проявляют искреннее чувство вины, просят прощения, обещают прекратить «плохое поведение». Бессознательно для созависимого это может считаться надёжным инструментом контроля над поведением зависимого.

На занятиях одной из психотерапевтических групп в нашей практике был показательный случай, как выяснилось позже, далеко не уникальный, так как подобные иллюстрации выше описанного встречались неоднократно. Суть в том, что женщина в возрасте 60 лет, придя в себя в реанимации после калечащей онкогинекологической операции на вопрос «как он там?» услышала ответ «пьёт». «Надо же, даже ЭТО его не останавливает...» - ответила она. Получается, что её бессознательное было готово заплатить такую цену: заболеть онкологическим расстройством, пережить калечащую хирургическую операцию с последующей инвалидизацией только лишь ради того, чтобы воздействовать на «его совесть».

6. **«Нечестность» и «утрата моральных принципов»** - «святая ложь», которую используют созависимые с самого начала, когда помогают своим больным, становится основой накопления навыков искажать информацию и собственные чувства ради сохранения внешнего имиджа семьи в целом. Расплата за действия такого рода – недостаток времени и сил как на собственный духовный рост, так и на воспитание детей, а также на другие семейные функции.

7. **«Легковерие и доверчивость»**, как основа многочисленных поисков «легких путей излечения» как с самими больными так и созависимыми. И

те, и другие хотят видеть, слышать и верить только в то, что соответствует их логике. Соответственно, это одна из причин так называемой анозогнозии созависимых. Кроме того, эта характеристика позволяет существовать многочисленным мифам и спекуляциям в отношении коммерческих методов «лечения» наркологических больных, когда всех – и больных и их созависимых родственников и недобросовестных «целителей» устраивает «чудо-метод» «исцеления за один сеанс».

8. «Тревожность и ригидность» созависимых остаётся надолго после достижения больным родственником ремиссии или после развода с ним, являясь основой проявления напряжения и неосознаваемой провокации ЕГО алкогольного или наркотического срыва.

При психологическом исследовании высокие значения в шкалах самоуничижения при исследовании характеристик самоотношения, высокую внутреннюю конфликтность (вследствие амбивалентных чувств гнева на близкого и родного человека вместе с любовью и тревогой за него), а так же – неконструктивные формы поведения в конфликтной ситуации в виде «избегания» и «приспособления» отличали обследованных нами созависимых лиц.

Исследование влияния фактора созависимости на расстройства адаптации у больных алкоголизмом показало, что в семьях таких больных в 74 % случаев у обоих супругов преобладают одинаковые неадаптивные формы взаимодействия (избегание и приспособление по К. Томасу). Так как обе эти стратегии позволяют накапливать внутриличностные конфликты и эмоциональное напряжение ради «сохранения психологического равновесия лишь на момент общения», их дезадаптивная сущность заключается в растрачивании эмоциональных ресурсов с последующей астенизацией. В 42 % обследованных пар выявлены одинаковые внутриличностные конфликты, наиболее часто – конфликты между уровнем притязаний и уровнем достижений, между потребностями доминирования и подчинения, между нормами и агрессивными тенденциями.

При исследовании характеристик самоотношения в 64 % случаев у обоих супругов выявлены высокие значения по шкалам «самоуничижения». У большинства созависимых жён обследованных больных (68%) найдены выраженные акцентуации характера по эмотивному типу. Кроме характерных для этой акцентуации проявлений чувствительности, мягкосердечности, отзывчивости и жалостливости (Леонгард К., 1997), именно эмотивность явилась основой проявления такой особенности созависимости, как «забота о других». Дело в том, что эта особенность, как поведенческий паттерн, проявляется у созависимых и тогда, когда в их заботе никто не нуждается, что создаёт проблему контроля, наиболее трудную для коррекции.

В группе созависимых значения в шкале «тревожные» при исследовании особенностей характера и темперамента почти в 1,5 раза выше, чем в группе больных. Причем, во многих семейных парах наблюдается своеобразная зависимость: при минимальных значениях «тревожности» мужа, больного алкоголизмом – диаметрально максимальные значения в этой шкале у созависимой жены. Кроме подтверждения характеристик созависимости «направленность во вне» (Schaef A., 1986) и «ригидность и тревожность» (Москаленко В.Д., 1997), такая особенность «алкогольных семейных пар» проявляет влияние созависимых отношений на развитие расстройств адаптации у больных алкоголизмом супругов в ремиссии: большинство больных с нарушениями поведения (F 43.24), а также с нарушениями эмоций и поведения (F43.25) – 48 чел. из 93, были именно из таких семей.

Для группы «созависимых» наиболее выраженными являются «конфликт между собственными потребностями и требованиями окружающей среды», а также - «между потребностями независимости и зависимости, получения помощи и опеки», что подтверждает и дополняет признаки зависимой личности.

Известно, что в природе созависимости присутствует принятие на себя созависимыми ответственности за других лиц – от проявления заботы о них - до решения за них же жизненно важных вопросов. В большинстве обследованных семейных пар (86%) именно созависимые жены первыми обращались за предварительной консультацией по поводу повторного лечения больных алкоголизмом мужей, они же принимали решение о выборе места и метода лечения. Именно психологические роли и функции, присущие созависимым («няни», «санитарки», «воспитательницы», «надсмотрщицы» и т.п.) держат их в постоянном изматывающем напряжении («направленность во вне» – как постоянное, круглосуточное дежурство без выходных). Такое напряжение, вместе с «энтузиазмом и радужными планами на будущее» в начале лечения зависимого от алкоголя мужа, являются основой для возникновения синдрома эмоционального сгорания. Дополнительным подтверждением этому служат результаты исследования характеристик личностного дифференциала у таких лиц.

Низкие и особо низкие значения фактора «силы» свидетельствуют о значительном снижении эмоциональных ресурсов и астенизации. Достоверно более высокие по сравнению с контрольной группой значения фактора «оценка» говорят о том, что созависимые склонны осознавать себя как носителей позитивных, социально желательных характеристик (в условиях социально осуждаемого поведения – пьянства их больных мужей). Высокие значения фактора «активность», учитывая, что обследование проводилось в начале прохождения больными повторного курса лечения, также подтверждает влияние обозначенных выше психологических ролей.

В целом, как видно, выявленные внутриличностные конфликты, неконструктивные стратегии поведения, отклонения в самоотношении у созависимых лиц, а также указанные выше особенности созависимых отношений являлись одной из причин нарушений адаптации в ремиссии и последующего за этим алкогольного срыва у обследованных больных.

Влияние созависимости

Оставленное без внимания состояние созависимости может прогрессировать, нарастать в своей интенсивности и даже приводить к смерти в результате соматического заболевания (Москаленко В.Д., 1994; Rothberg N.M.. 1986; Schaef A.W., 1986). С учётом депрессивной симптоматики, нередко спутствующей созависимости, специалистам необходимо помнить о соблюдении суицидальной настороженности. Кроме того, созависимые нередко становятся жертвами пьяных преступлений, в том числе – убийств со стороны своих зависимых родственников. Деадаптивное влияние созависимости проявляется также в том, что функционирование созависимых не только в семье, но и на производстве нарушено. Прогоулы (отлучки с работы), снижение производительности труда, сложности в общении вплоть до самоизоляции – лишь некоторое из нарушений поведения в результате этого состояния (Mendenhall W., 1989). Сужение выбора поведенческих стратегий, неумение пользоваться альтернативами, просить и принимать помощь других людей, а также сужение круга интересов и сферы деятельности – все это признаки прогрессирующего развития созависимости (Germak T.Z..1990). Одной из его особенностей является то, что прогрессирование может наблюдаться даже в случае нормализации состояния самого больного алкоголизмом (Москаленко В.Д., 1997).

Тесное общение, общие поведенческие паттерны больных алкоголизмом и их созависимых родственников создают множество сложных, общих для тех и других механизмов бессознательного поведения, способных спровоцировать алкогольный срыв.

По нашим наблюдениям, подавляющее большинство созависимых, реально принимающих участие в судьбе своих зависимых родственников и согласившихся получать специализированную помощь – женщины: матери и жёны (реже – сёстры и бабушки) больных алкоголизмом и наркоманиями. Разделить более дифференцированно степень родства и отношения к заболеванию – алкоголизму или наркомании этих женщин не представляется

возможным ввиду того, что в процессе работы и при сборе анамнеза выясняется наличие у большинства из них сразу многих родственников (муж, отец, брат и т.д.) больных разными наркологическими заболеваниями. Из созависимых мужчин (4% от общего числа всех созависимых, обратившихся за психологической помощью в ООКНД) 5% - это мужья больных алкоголизмом женщин и остальные - отцы больных наркоманиями. Регулярно посещать занятия со специалистами и предъявлять наличие созависимости как основной проблемы могли позволить себе лишь менее 3% из всех обратившихся (все – женщины). Около 15% регулярно занимались с психологом и психотерапевтом только во время нахождения больного родственника в стационаре. При этом, во время первой встречи со специалистами практически все созависимые признавали наличие собственных проблем, требующих разрешения и коррекции. Следует считать, что это является следствием выше упомянутых процессов и характеристик созависимости: «направленности во вне», «отрицания», «легковерия и доверчивости» (так как заниматься собой при малейших улучшениях уже не хочется, есть иллюзорная надежда, что «теперь всё само обойдётся»).

Нозологические проявления созависимости

Из психосоматических расстройств, в той или иной степени встречающихся практически у всех обратившихся за помощью созависимых лиц, наиболее часто была выражена артериальная гипертензия (у 78%). Расстройства адаптации со смешанными нарушениями эмоций и поведения ввиду идентифицированности (известности и понятности субъекту) источника переживаний – наиболее частый вариант имеющих у созависимых стрессовых расстройств (69%). Стоит так же отметить особенности отношения к собственной алкоголизации созависимых женщин. Большинство (55%) принципиально отрицали употребление алкоголя. Как правило, при выяснении анамнеза они отмечали запомнившиеся с детства ситуации и конфликты в связи со злоупотреблением алкоголем их отцов. В 7% случаев при выражено негативном отношении к алкоголизации и

наркотизации родственника (мужа или сына) созависимые женщины сами обращались за наркологической помощью по поводу купирования постинтоксикационного или абстинентного синдрома. Форма пьянства у них преимущественно периодическая, почти всегда – в компании подруг или в одиночку (но ни в коем случае – «не с пьяницей мужем»), мотивы для алкоголизации – детензивный («снять напряжение») и аффективный («избавиться от скуки, тоски и эмоциональной пустоты»). Часть женщин – жён больных алкоглолизмом (12%), сами откровенно провоцировали своих мужей на срыв. Самый частый мотив в таких случаях – «дань традиции» (в праздники и торжества), а так же – наличие убеждённости в возможности «контролируемого потребления» после курса лечения (несмотря на предостережения врачей).

Наличие в данном выше определении созависимости «...наркологического заболевания другого, близкого, совместно проживающего... человека», предполагает дифференцирование и дистанцирование от имеющегося в международной классификации болезней 10-го пересмотра «зависимого расстройства личности» (F 60.7). Дело в том, что созависимость наркологическая, имея схожие, или даже одинаковые проявления личностных изменений с «зависимостью от другого человека», имеет особый механизм развития и, соответственно, предполагает иные пути преодоления и коррекции.

Механизм развития созависимости и «динамика ролей»

Прежде всего, как уже отмечалось, наличие пьянства или наркотизации как социально осуждаемого поведения является основой принятия созависимыми на себя особых ролей в семейных и межличностных отношениях. Роль «санитара психиатрического учреждения» - постоянная готовность либо оберегать других от «пьяной агрессии» своего зависимого родственника, либо – ухаживать за ним, когда он беспомощен в состоянии тяжёлого опьянения или абстиненции. Роль «социального работника» - это освоение функций связи с обществом с целью уберечь семью как систему от

санкций и наказаний за «недостойное» с точки зрения социума поведение одного из членов. Здесь и попытки достать фальшивый или незаконный больничный лист (либо – справку о болезни) для родственника, пока он алкоголизируется, и «святая ложь» сослуживцам и родственникам с целью скрыть его пьянство и т.п.. Роль «контролёра» проявляется в попытках самостоятельного воздействия на проблему пьянства и наркотизации в семье. Здесь сказывается одна из наиболее присущих созависимости функций семьи – «функция первичного социального контроля» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1990). Темпы освоения обозначенных ролей, их влияние на жизнедеятельность всей семьи определяют проявление и выраженность характеристик созависимости (Москаленко В.Д., 1994; Schaef A.W, 1986). Рано или поздно созависимые привлекают всё большее количество других лиц (помощников-спасителей) – других родственников, специалистов, авторитетных для зависимого лиц. Сами же созависимые часто меняются с зависимыми ролями в «треугольнике судьбы» С.Карпмана: «жертва-преследователь-избавитель». Жертвами являются они сами в периоды пьянства или наркотизации родственника, его пьяной агрессии или собственного, связанного с этим ухудшения соматического заболевания. Преследователями – в периоды его протрезвления, угрызений совести и болезненного абстинентного состояния. Иллюстрацией к тому, что созависимость требует привлечения других лиц («спасителей, избавителей») является упоминаемый уже факт, что на первичный приём к врачу психиатру-наркологу, особенно в кабинеты анонимного приёма чаще обращаются не сами пациенты, а их созависимые родственники (приходя как бы «на разведку»).

Коррекция и психотерапия созависимости

С точки зрения психотерапии и коррекции наиболее значимыми, на наш взгляд, являются «направленность во вне», «блокирование чувств», «проблемы контроля», а также - «легковерие и доверчивость». «Направленность во вне» («постоянное дежурство, без выходных и

отпусков», все мысли и тревоги «о нём», о его состоянии – «какой он сегодня?») - главное препятствие для работы над собой. Забота о других и самопожертвование заставляют созависимых пренебрегать советами врачей и психологов, ограничиваться поисками «всё более эффективных средств лечения» их больных родственников. Даже при постоянном контакте с психотерапевтической группой или специалистом, они вновь обращаются за помощью не в случаях ухудшения своего здоровья, а в случаях обострения «его ситуации» и «его срывов». «Проблемы контроля» - наиболее трудная с точки зрения коррекции характеристика. Так же, как и у самих больных есть субъективная убеждённость «захочу – и брошу», созависимым наиболее трудно «отпустить» своих зависимых и не решать за них то, что они должны делать и решать сами. Только в рамках групповой психотерапии созависимые осознавали факт того, что своими действиями и гиперконтролем они чаще «обслуживали болезнь» своих близких, чем помогали им самим. «Блокирование чувств» - есть основная почва для проявления психосоматических расстройств созависимых. Только длительные курсы психотерапии и психокоррекции с применением комплексных мер позволяют лишь частично справиться с этими расстройствами. Как уже отмечалось, в отличие от других механизмов проявления психосоматики, у созависимых всегда наиболее выражена вторичная выгода от симптомов – после проявлений чувства вины зависимых родственников. Далее практически всегда о чувстве вины за свою алкоголизацию или наркотизацию больные родственники забывают, а симптомы у созависимых лишь нарастают. «Легковерие и доверчивость» в результате смещения понятий «алкоголизм как болезнь» и «алкоголизация как порок» заставляет созависимых искать наиболее лёгких и быстрых путей решения проблем. Именно эта характеристика созависимости позволяет спекулировать на чужих бедах продавцов «чудо-лекарств» и «одноразовых методов избавления от пьянства (в том числе и заочно – по фотографии и т.п.). Нигде в медицине больше не выражено подобное невежество даже среди образованных людей. По нашим

наблюдениям, именно родственники больных влияли на их решение отказаться от длительных реабилитационных программ в пользу очередного «кодирования».

Учитывая вышеперечисленные особенности, помощь созависимым, как и в целом, семьям наркологических больных, должна осуществляться комплексно. На этапе предъявления собственных жалоб или при обострении наркологического заболевания их родственников созависимые нуждаются в **информационной и эмоциональной поддержке**. В этот же период необходима тщательная **мотивационная работа на длительную и полноценную терапию** – как больного родственника (мотивация на курсовое лечение с последующей длительной реабилитацией вместо короткой дезинтоксикации и надежды на свои силы), так и самих созависимых. В случае успешной мотивации созависимых на длительную коррекцию и психотерапию необходимо прорабатывать вопросы **изменения и реконструкции системы ценностей, структурирования своего времени, планирования и анализа** (то, что в реабилитационных программах называется «постлечебными планами»). Вне зависимости от формального изменения отношений с больным родственником, например, в случаях развода с ним, необходим **анализ «созависимых отношений»:** психологических игр, манипулирования и т.п.. Это необходимо с целью оздоровления отношений и привитие вместе с этим навыков здорового общения – со всеми значимыми лицами созависимых. Упомянутое уже влияние созависимости на развитие аддиктивных паттернов у их детей, особенно в подростковом возрасте, а также – на срывы ремиссии и рецидивы наркологических заболеваний их зависимых родственников является подтверждением необходимости такого анализа. Анализ и проработка индивидуальных особенностей проявлений созависимости предпочтительнее проводить в группе, сочетая индивидуальную форму работы с групповой психотерапией. Наличие психосоматических расстройств требует не просто

их лечения у созависимых, а и тщательной психотерапевтической проработки (в зависимости от применяемых методов).

Для достижения таких целей уже в отделениях неотложной наркологической помощи должна быть отлажена система оказания информационной и психологической помощи родственникам и близким больных. Этому также способствует работа телефона доверия наркологической службы. Более глубокая и комплексная психологическая, психотерапевтическая и другая (в том числе – и юридическая) помощь может оказываться силами отделений реабилитации, специалистами психологической и психотерапевтической служб и кабинетов. Следует также учитывать важность организации групп само- и взаимопомощи созависимых. С учётом того, что достаточно часто созависимые обращаются за медицинской помощью к врачам общесоматической сети, необходимо проведение занятий и мероприятий психообразовательного характера для таких специалистов с целью вовлечения их в мотивационную работу с данным контингентом. Выступления в средствах массовой информации, санитарно-просветительская работа на предприятиях и в лечебно-профилактических учреждениях являются важным дополнением такой работы.

Литература

1. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных). – М., 2002.
2. Москаленко В.Д. Созависимость в семьях наркологических больных./ Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н.Иванца. – М., 2002.
3. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М., 2002.
4. Москаленко В.Д. Созависимость – новая болезнь?// Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1994 -№6. – с. 95-99.
5. Москаленко В.Д. Зависимость и созависимость в семьях больных алкоголизмом.// Вопр. Наркологии. – 1995. №2 – с. 76-79.
6. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. Пер. с англ., – СПб., 1992.
7. Сатир В. Как строить себя и свою семью. Пер. с англ., М. – 1992.
8. Битти М. Алкоголик в семье или преодоление созависимости. Пер. с англ., М. 1997.