

**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

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

## **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 объёмлющее 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, власный 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 преодолен 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 убежденность «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. Упоминаемое 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.