

18+ **Вадим Петров**

Психолог о зависимости и о выздоровлении

Для близких зависимого



Lighthouse
ПРАКТИКА И ОБУЧЕНИЕ

Психологический
консультационный центр
по вопросам зависимостей
и деструктивных отношений

Вадим Петров

**Психолог о зависимости
и о выздоровлении. Для
близких зависимого**

«Издательские решения»

Петров В.

Психолог о зависимости и о выздоровлении. Для близких
зависимого / В. Петров — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-935515-7

Эта книга предназначена в первую очередь для близких и родственников зависимых людей, а также для широкого круга читателей, интересующихся проблемами зависимости. Это могут быть психологи, медицинские, социальные работники. Автор доступным языком обобщает и структурирует информацию о зависимости на основе своего 20-летнего опыта работы психологом. В тексте много примеров из практики, иллюстрирующих информацию и облегчающих более полноценное понимание непростой темы зависимости.

ISBN 978-5-44-935515-7

© Петров В.
© Издательские решения

Содержание

Вступление.	6
Часть 1.	8
Глава 1.	8
Глава 2.	13
Подход 1: социальный	13
Подход 2. Медицинский	14
Подход 3. Религиозный	15
Подход 4. Компенсаторный	15
Подход 5. Терапевтические Сообщества (ТС)	17
Часть 2.	18
Глава 1.	20
Конец ознакомительного фрагмента.	27

Психолог о зависимости и о выздоровлении Для близких зависимого

Вадим Петров

Корректор Сергей Ким

© Вадим Петров, 2019

ISBN 978-5-4493-5515-7

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Вступление. О себе и кому это надо

Если Вы читаете этот текст, то можно предположить, что в той или иной мере Вы интересуетесь проблемами зависимости. И, пожалуй, не столь уж и важно, что явилось тому причиной. Возможно, кто-то из Ваших близких страдает химической зависимостью или зависимостью иного рода, а может быть, Вы подозреваете, что это так, но сомневаетесь и хотите разобраться более определённо в этом вопросе. Может быть, Вы сталкиваетесь с этой темой в ходе своей профессиональной деятельности, хотя вовсе необязательно, что работаете, как и я, психологом. Возможно, Вы – учитель или медицинский или же социальный работник. Данное издание я в большей степени буду ориентировать именно на близких и родственников зависимого, и потому способ изложения материала будет весьма свободен и далёк от строго научного.

Впрочем, здесь всё же будут ссылки на те или иные учёные труды, чтобы желающие могли ознакомиться с какими-то темами подробнее, а также затем, чтобы при необходимости проиллюстрировать связь теории (результатов научных исследований коллег) и практики (своего опыта наблюдений и работы).

Итак, пожалуй, пришла пора представиться, попутно проясняя некоторые используемые в тексте слова и термины.

С 1993 года, ещё учась на факультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета, я стал работать психологом, а с 1999-го преимущественной сферой моих интересов в профессиональной деятельности странным для меня самого образом стала работа с химически зависимыми людьми, а проще говоря, наркоманами и алкоголиками и их родственниками и близкими.

Не хотелось бы здесь заниматься рекламой какого-либо конкретного реабилитационного центра, но в то же время будет странно с моей стороны скрывать то место, где с 2000 года и на момент написания этого текста я продолжаю работать.

Многие выздоравливавшие в Санкт-Петербурге в 2000-е годы хорошо знают этот реабилитационный центр, а те, кто оказывался в нём, знакомы, соответственно, и со мной. Так что кому это нужно, смогут легко понять, о каком центре я говорю. Единственное, что хочу здесь об этом сказать – то, что это место дало мне понимание многих вещей, связанных с моей работой, с явлением зависимости, а также огромный опыт практической деятельности в этом направлении, и я склонен скорее быть благодарным судьбе за то, что мне довелось там оказаться, наблюдать процесс удивительных изменений в людях и по мере сил и возможностей в нём участвовать.

Другой вопрос, что в моём представлении любую организацию создают и наполняют собой, делают живой и работоспособной люди. Это и работники, и клиенты. Вот знакомству с ними-то, им лично я в первую очередь и благодарен. В тексте я буду избегать конкретизировать реабилитационный центр, тем более что часть историй и ситуаций будет связана с людьми, которые либо выздоравливали в других местах и даже вообще не бывали ни в каких реабилитационных центрах.

«Зависимыми» в данном случае я буду называть людей, *страдающих химической зависимостью от ВИС (веществ, изменяющих сознание)*, в случае моего опыта – это преимущественно наркоманы и реже – алкоголики. Хотя, как будет, я надеюсь, ясно из последующего текста, схема развития зависимости одна и та же при любом объекте одержимости, так что по большей части то, что я буду описывать в применении к химически зависимым людям, вполне применимо также и к игроманам, работоголикам, сексоголикам и т. п. (с которыми

мне тоже доводилось работать, но, пожалуй, реже), хотя, безусловно, некоторые отличия существуют.

Под словом **«созависимые»** здесь я подразумеваю людей, являющихся близкими и/или родственниками зависимого, имеющих *разрушительную и в первую очередь для них самих* болезненную склонность тем или иным способом ставить свою жизнь в зависимость от того, что происходит с другим человеком (чаще и в данном случае – с зависимым) даже при том, что со стороны достаточно очевидно, что это никак не помогает зависимому, о котором созависимые искренне беспокоятся.

Так вот, в этом самом реабилитационном центре, где работаю я (для краткости далее будем называть его просто Центр), мне регулярно приходится вести индивидуальную и групповую работу с зависимыми, а также раз в неделю – группу для созависимых.

После выписки пациентов из Центра я занимаюсь их индивидуальным сопровождением (личные встречи и телефонное консультирование), а также консультированием созависимых.

Кроме того, я веду малые группы вне Центра для зависимых, которые уже трезвые более 1 года, а также для созависимых.

Помимо этого, Ваш покорный слуга занимается ещё и консультированием пар, в которых в той или иной форме проявляется деструктивное зависимое поведение.

На сегодняшний день, используя весь накопленный опыт, я открыл уже свой психологический центр "Lighthouse", в котором мы с коллегами проводим всю вышеперечисленную консультационную и тренинговую деятельность централизованно.

И вот наблюдения за тем, что является наиболее актуальным для обсуждения на этих консультациях, группах для созависимых, на семинарах для них, в итоге подтолкнуло меня написать этот текст.

Как-то много получается о себе. Но, с другой стороны, так удобнее, проще и убедительнее говорить о нашей теме. Собственно, такие «прыжки» от темы к описанию своего опыта и обратно я намерен делать в этом тексте постоянно, так что готовьтесь и попробуйте поверить, что делаю я это неспроста. Ну, и проверить это.

Любой разговор с созависимым о проблеме зависимости неизбежно «вязнет» и бессмысленно затягивается до тех пор, пока мы не определимся с 2 вопросами, которые я хочу обсудить соответственно в первой главе: что же всё-таки происходит? И что можно с этим сделать? Итак...

Часть 1.

Как понять зависимого и зависимость?

Глава 1.

Описание проблемы

До того, как я пришёл работать в Центр, мне не приходилось общаться с людьми, выздоравливавшими по «12 Шагам», да и представление об этих «Шагах» у меня было довольно смутное. Я встречался с упоминанием этой программы в тексте достаточно известной книги Э. Бёрна «Игры, в которые играют люди», а также на семинаре, который проводил тогдашний главный нарколог СПб Л. С. Шпилея для психологов, работавших в РНД – районных наркологических диспансерах города. Тогда мне запомнилось его высказывание (а было это в конце 1999 – начале 2000 гг., не помню точно), но звучало оно примерно так: «До тех пор, пока мы с вами, наркологи и психологи, не сможем предложить алкоголикам и наркоманам ничего более эффективного, чем программа „12 Шагов“, мы обязаны сотрудничать с её представителями». Такая суровая самокритичная категоричность удивила меня, но понимать от этого в «12 Шагах» я больше не стал.

Некоторый опыт работы в психологии на тот момент у меня уже был (7 лет в одном спортивной интернате олимпийского резерва с детьми и подростками), чуть меньше года я проработал психологом в одном питерском РНД (районный наркологический диспансер СПб), где я и узнал о существовании Центра. Сам по себе тот опыт оказался для меня весьма любопытным. Я смог в реальности посмотреть на то, что тогда казалось чем-то невероятным и сложно-загадочным – на то, как работает наша наркологическая служба, и некоторые вещи оказались весьма полезными наблюдениями в будущем, и, может быть, стоит чуть позже о них упомянуть. Там же я познакомился со старшей медсестрой Еленой Г., которая и порекомендовала, а точнее, просто настояла на том, чтобы я попробовал поработать в Центре. «Слушай, – сказала она мне, – у нас тут до тебя психологом работал один человек, наркоман, у него года 2—3 трезвости было, а пациентам общение с ним как-то очень хорошо помогало. Они с одним моим знакомым врачом открыли недавно реабилитационный центр. Ты бы попробовал к этому моему знакомому обратиться. Я ж вижу, как ты работаешь, и им, и тебе польза была бы».

Мне, конечно, было приятно услышать сей лестный отзыв, но на тот момент у меня были другие планы по поводу работы. Однако Елена была так настойчива, что я согласился на эту попытку знакомства, а в результате, как видите, остался в этой области деятельности на много лет, за что, впрочем, и по сей день ей премного благодарен.

Мне было абсолютно непонятно, как консультанты, не имевшие, как оказалось, на тот момент никакого специального образования в плане психологического или социального консультирования, но имеющие после многолетнего опыта употребления ВИС опыт собственного выздоровления (на тот момент от 1 года до 4 лет, что, как я узнал гораздо позже, крайне мало для подобной работы, так, чтобы без ущерба для себя и/или пациентов), эффективно оказывают помощь наркоманам. Но ведь они же оказывали, и я был впечатлён тем, насколько эффективно, сильно и быстро, когда сам в этом убедился.

При этом, несмотря на ободряющие слова старшей медсестры, у меня не было уверенности в том, смогу ли я использовать свои знания и навыки в Центре, построенном в первую очередь на работе по 12-шаговой программе, не имея сам подобного опыта, ни в смысле употребления ВИС (веществ, изменяющих сознание), ни в смысле работы по даже толком неизвестной мне программе.

Некоторую надежду на успех я почувствовал, когда в первой же беседе с программным директором Центра я услышал от него сакраментальную, избитую и многократно впоследствии повторявшуюся фразу: «Мы рассматриваем химическую зависимость как био-психо-социально-духовное заболевание».

Дело в том, что, как выпускник психфака Санкт-Петербургского университета, я и в самом деле придерживался (и придерживаюсь по сей день) мнения о необходимости рассмотрения человека с комплексной точки зрения, то есть с точки зрения концепции основателя ленинградской психологической школы Б. Г. Ананьева. И вот так вдруг в этом незнакомом месте неожиданно для себя я услышал что-то похожее.

Речь идёт о том, что, исследуя человека, нам необходимо рассматривать его во взаимосвязи 4 аспектов: индивид, субъект деятельности, личность и индивидуальность. Игнорирование любого из этих аспектов ведёт к неполноценному изучению природы развития человека.

Здесь, пожалуй, стоит пояснить, почему я считаю столь важным это сходство подходов.

Для непосвящённого человека такие слова и выражения, как «индивид», «субъект деятельности», «индивидуальность», могут прозвучать довольно значительно, но как-то очень абстрактно, по крайней мере, для меня они впервые прозвучали именно так. Ну, «личность» – это хоть как-то понятно, хотя... Да и оно-то не было до конца понятно. И в том, как я смог убедиться впоследствии, нет ничего удивительного, так как это действительно сложные комплексные понятия, имеющие между собой не менее сложные взаимосвязи.

Это цитата из книги Б. Г. Ананьева «Человек как предмет познания»:

«Единичный человек как *индивидуальность* может быть понят лишь как *единство и взаимосвязь его свойств как личности и субъекта деятельности*, в структуре которых функционируют природные свойства человека как *индивида*».

Вы можете заметить, как подчёркивается взаимосвязь природных свойств человека, его свойств психики, личностных и индивидуальностных характеристик.

Теперь вернёмся к определению химической зависимости как био-психо-социально-духовного заболевания.

Традиционно, когда в аудитории зависимых и/или созависимых задаёшь вопрос: «Как вы понимаете это определение?» – я слышу примерно такую реакцию: зависимость поражает человека на всех 4 уровнях – био-, психо-, социальном и духовном. Т.е.:

- Био: разрушается организм;
- Психо: повреждаются структуры нервных процессов (страдает внимание, память, мышление и даже, возможно, речь) и эмоционально-волевой сферы (повышенная чувствительность, перепады настроений, трудности концентрации и т.п.);
- Социо: нарушены связи с семьёй, друзьями, коллегами по работе;
- Духовное: нравственные и моральные устои, убеждения зависимого находятся в многочисленных противоречиях между собой, человек нарушает собственные внутренние правила, при том что сам же от этого и страдает.

То есть, конечно, прямо вот в этих словах и терминах, вот буквально так мне никто не отвечает (особенно бестолковое у людей представление о том, что такое «психо-, психический» – все просто насупившись кивают – мол, да-да, конечно, понимаем, что это такое), но в ходе недолгого разговора аудитория зависимых достаточно быстро соглашается с наличием всех этих повреждений.

И всё же, **почему это так важно?**

Я вижу здесь **2 причины**.

Сначала о первой.

Зависимость начинается задолго до первого употребления. Сама по себе эта мысль может быть пугающей, но она, по сути, полностью соответствует только что высказанной концепции комплексности развития человека.

Для удобства объяснения давайте условно разделим всех людей на 3 категории: нехимзависимые, менее зависимые и зависимые. Есть более подробное и точное разделение этих категорий применительно к алкоголикам в книге «Анонимные Алкоголики», но, пожалуй, на примере наркоманов объяснить его будет существенно проще. Яркость заболевания и симптомов наркомании, скорость разрушения человека в этом заболевании, наличие более жёсткого общественного осуждения и отвержения, наличие криминальной подоплёки – всё это делает черты развития зависимости более очевидными, наглядными, хотя, как я уже писал выше, схема развития ЛЮБОЙ зависимости идентична. Просто, если хотите, на наркоманах всё нагляднее, очевиднее.

Нехимзависимые люди – это такая категория людей, которые ни разу не пробовали никаких наркотиков. Более того, если бы им предложили попробовать анонимно и бесплатно, спокойно способны отказаться. И не будут мучиться сомнениями. И вообще мучиться в этой связи.

Я понимаю, что, ставя вопрос таким образом, я рискую начать долгую и нудную дискуссию о том, а что такое есть наркотик? А как же алкоголь, никотин, кофеин? Давайте пока для простоты объяснения будем рассматривать запрещённые законом препараты, а также препараты, признанные вызывающими зависимость, на которые нет в данном случае назначения лечащего врача. Здесь важно просто понять реакцию человека, и хотя, возможно, для кого-то это покажется невероятным, но я знаком с людьми, живущими и без алкоголя и никотина, и без наркотиков и при этом достаточно социализированными, успешными и довольными жизнью, поверьте, они существуют! Но дело не в этом.

Менее зависимые люди – это уже такая категория людей, которые всё ж таки пробовали наркотики, но были способны спокойно и легко (ну, или, по крайней мере, относительно легко) отказаться от употребления при первых же ощутимых для них самих негативных последствиях СОЗНАТЕЛЬНЫМ усилием воли.

Для иллюстрации приведу как пример ситуацию, произошедшую с одним моим знакомым, который работает консультантом по химической зависимости и уже длительное время остаётся трезвым. Он употреблял со своим одноклассником и его женой. Однажды, сидя вдвоём дома у одноклассника (жена на тот момент ушла по каким-то делам), они напряжённо думали, где же взять денег на наркотики. И тут в голову моему знакомому приходит мысль: а что если сдать в ломбард обручальное кольцо одноклассника?

Однокласснику эта идея показалась великолепной, они её быстро осуществили, купили наркотиков на вырученные деньги и прилегли отдохнуть. И тут приходит жена одноклассника, видит их, быстро всё понимает и выгоняет их из дома.

После этого пути этих 3 людей расходятся, и вот примерно лет через 6 мой знакомый, уже набрав года 3 трезвости, работая консультантом по химической зависимости, ведёт по детской поликлинике своего ребёнка и видит: навстречу ему идёт со своим ребёнком жена одноклассника!

Он бодро рассказывает ей о своей жизни, своих успехах и после этого спрашивает:

– Ну, а ты-то как? Как давно трезвая? Как бросила, в смысле что помогло?»

– Как это, как давно бросила? – искренне удивилась та. – Так вот помнишь, как я вас тогда из дому выставила? Ну, вот с тех пор я и с мужем не общалась, и наркотики мне ни к чему стали...

Именно способность так думать и действовать **СООТВЕТСТВЕННО** я имел в виду, говоря выше «**СОЗНАТЕЛЬНЫМ** усилием воли».

А вот, наконец, третья категория людей (в приведённом примере – мой знакомый, которому понадобилась для выздоровления реабилитационная программа, и его одноклассник, который умер впоследствии от наркотиков).

Зависимые – это уже и есть наши клиенты. Это люди, которые, во-первых, готовы попробовать ВИС и даже при наличии объективных, заметных не только для них самих, но и для окружающих (конечно, вовсе не обязательно всех окружающих) последствий употребления **НЕ МОГУТ** отказаться вполне от употребления, даже если и сами хотят, а если им это и удаётся на какой-то промежуток времени, то они чувствуют себя при этом достаточно дискомфортно. При этом они себя и окружающих из всех сил старательно убеждают, что они якобы способны справляться с последствиями употребления самостоятельно, просто как бы «не хотят», хотя по действиям это как-то совсем не заметно. Они просто не могут. Сами.

Так вот, чтобы человек оказался зависимым, **процесс его повреждения должен быть достаточно комплексным**, ведь поначалу необходимо вообще быть готовым употребить ВИС, словно перешагнуть определённую черту, а затем оказаться неспособным к отказу.

И если это очевидно, то можно легко понять, что появление заболевания зависимости – это медленное, постепенное разрушение по всем аспектам, словно как бы в незаметной для самого зависимого «мозаике». И когда у него есть все предпосылки к появлению зависимости во всех 4 аспектах – уже не важно, что он хочет. Неизбежно рано или поздно он столкнётся с проявлениями своей зависимости.

Что же я имею в виду под предпосылками по всем аспектам? Возьмём опять же для показательности грубый, но яркий пример: ребёнок, который родился и вырос в семье невыздоровливающего алкоголика (напомню, что это вовсе необязательно так, но допустим). Посудите сами: будет ли это отражаться на его биологическом аспекте развития? Я сейчас говорю не о явных патологиях перинатального периода (до рождения плода). Я имею в виду исследования Кеннета Блума о генетической предрасположенности определённых людей, в частности детей алкоголиков, к зависимости от употребления ВИС (Джонсон В. Метод убеждения. – М.: ИОИ, В. Секачёв, 2007).

Вы вправе возразить: но ведь не все же дети алкоголиков и наркоманов алкоголики и наркоманы? И будете абсолютно правы, так как это **ТОЛЬКО** один элемент «мозаики», о которой мы говорили выше. Но не забывайте: все элементы взаимосвязаны.

Вернёмся к ребёнку алкоголика. Отразится ли на развитии психики ребёнка жизнь в семье с таким родителем? В том понимании, которое есть у меня – скорее не обязательно непосредственно на психике отразится, а на способности ребёнка адаптировать свои особенности психики к реальности вокруг него.

Отразится ли употребление родителем на социальном развитии ребёнка? Если вместо социальной роли ребёнка ребёнок выполняет отцовскую роль защитника мамы от агрессии пьяного отца или материнскую роль заботы о беспомощном отце, валяющемся на полу... Картинка достаточно красочная, желающие могут её легко дорисовать по своему усмотрению.

Отразится ли употребление родителем на духовном развитии ребёнка? Ребёнок, как правило, должен хранить семейную тайну, поскольку алкоголизма в семье алкоголика склонны стыдиться. Ребёнок не может адекватно понимать, воспринимать и конструктивно выражать свои эмоции. Мне вспоминается один клиент, который, будучи сыном алкоголички, вспоминал, как в детстве, идя домой со школы, пытался... нет, не то чтобы понять, а скорее именно почувствовать то... в каком сейчас состоянии его мама. Трезва ли или с похмелья? Раздражительна или безразлична? Или неестественно добра и ласкова? Сможет ли такой ребёнок доверять людям в будущем? Если и сможет, то определённо с серьёзными затруднениями.

Мне кажется, ответ на вопросы о влиянии на социо- и духовный уровни развития ребёнка уже достаточно очевиден.

И всё же в эту жёсткую обречённость я позволю себе внести некоторую долю надежды. Допустим, алкоголик в какой-то момент стал выздоравливать. Если следовать нашей логике, ему предстоит измениться во всех аспектах, иначе это будет не выздоровлением, а лишь воздержанием, а значит, новый рецидив болезни рано или поздно будет неизбежен. Ну, либо другой вариант: супруг алкоголика прекращает с ним общение, и атмосфера в семье становится иной. Однако важно и здесь подчеркнуть вот что: поскольку повреждается не только алкоголик, но и все окружающие, причём тоже по всем аспектам, супруге/у, который трезвый, недостаточно просто уйти от алкоголика, придётся так же восстанавливаться по всем 4 аспектам. И тогда ребёнок получает более благополучную ситуацию.

И, конечно же, семья с алкоголиком – вовсе не единственный вариант деструктивной семьи. Существует масса других зависимостей, которые могут стать причиной семейной деструкции. Да и не только зависимости могут послужить тому причиной. Для нас сейчас важнее увидеть факт взаимосвязи и взаимозависимости всех 4 аспектов развития человека.

Очевидно, что искать виноватого в данном случае – пустое и даже, пожалуй, вредное занятие, которым часто, к сожалению, весьма увлекаются близкие и родственники зависимого, мучаясь вопросом «Кто виноват?» или чаще «Где я его/её упустил/а? Что я сделал/а не так? Что не доделал/а?», те самые созависимые, и они в этом случае как бы «перетягивают» на себя всю ответственность за происходящее с зависимым, словно бы зависимость – это только социальное заболевание. И в этой их «увлечённости» исчезает более важный вопрос: **«А что на самом деле происходит?»**

А ведь именно от ответа на этот вопрос зависит адекватность ответа на другой вопрос: **«Что делать?»**

И вот теперь о **второй причине важности** понимания комплексного подхода к лечению зависимости. Если не видеть эту самую комплексность, то выбирается ошибочная стратегия лечения болезни, подход к болезни.

Глава 2.

Методы решения проблемы.

Подходы к лечению зависимости

Подход 1: социальный

Этот подход основывается на понимании зависимости как заболевания социального, т.е. на основании **ТОЛЬКО социального аспекта в рассмотрении человека**, в данном случае – зависимого, игнорируя все остальные аспекты в его развитии. И в таком случае как метод лечения выбирается попытка изменить социальную среду человека. Это может быть:

- переезд («не те люди вокруг», «надо отвлечься, съездить в деревню, на курорт» и т.п.);
- свадьба или развод («всё дело в «неправильном/ой» супруге» или в его/её отсутствии», «надо бы ему ответственности побольше»);
- смена работы/учёбы («работает мало, надо больше работать», или «работы много, надо отдохнуть побольше и получше», или «не та работа, не моё»);
- рождение ребёнка («ему, опять же, надо побольше ответственности»).

В общем, вариантов много, но, обратите внимание, везде подразумевается, что «что-то не так» с кем-то или с чем-то в окружении зависимого, не в нём самом.

Если мы имеем дело с настоящим **зависимым**, ни один из перечисленных методов не принесёт устойчивого успеха и решения проблемы. Максимум – временное прекращение употребления, а зачастую и того не случится. Зависимость – болезнь прогрессирующая, если её не лечить или лечить неправильно, обязательно будет только ухудшаться.

Если мы начинаем менять **ТОЛЬКО** социум зависимого, мы игнорируем его повреждения на остальных уровнях – психо-, био-, духовном, и это неизбежно приведёт к рецидиву, к возвращению в употребление.

По сути, к попыткам помощи зависимому «социальным» методом можно отнести и традиционные для советского периода нашей Родины ЛТП и любые распространённые сейчас трудотерапевтические центры, то есть те места, где, как правило, НИЧЕГО, кроме как обеспечения работой зависимого, не происходит. И очевидно, что попытки решить проблему алкоголизма и/или наркомании легализацией наркотиков или их запретом точно так же не могут быть успешны, если понимать, что зависимость – комплексное явление.

Сразу поясню: с моей точки зрения, легализация наркотиков в нашей стране – идея абсолютно безумная и столь же бесперспективная, как и борьба с алкоголизмом с помощью ограничений в горбачёвский период. И трудиться зависимому, безусловно, полезно. Другой вопрос, что трудового не менее опасен для него, чем безделье, а к трудовому зависимый весьма склонен. Это только временно поддерживает его иллюзию, что «он-то не такой» больной, а соответственно, «зачем ещё что-то с собой делать, я же работаю, я социализирован!» Особенно если где-то впереди «маячит» перспектива нетрезвых выходных. Только вот «выйти из них» адекватно и своевременно **зависимому** уже перестаёт со временем удаваться... То есть, проще говоря, я не против, только без толку.

А давайте возьмём точно так же отдельно **биоаспект**.

И тогда мы сможем рассмотреть ещё одну стратегию лечения.

Подход 2. Медицинский

Тут надо отдать должное медицинским работникам, которые, сколько их ни ругают за коммерциализацию медицины, за недостаток профессионализма, упорно продолжают спасать жизни и алкоголиков, и наркоманов, и, кстати, те продолжают обращаться к врачам, «когда плохо», с тем же постоянством, с каким этих же врачей сами же и ругают.

Но врачи хороши ещё и тем, что первые заметили и достаточно громко, внятно сообщили (и продолжают сообщать), что они не могут полностью излечить химическую зависимость, что она не исчезает, если провести детоксикацию организма. Что выведения ВИС из организма недостаточно, что нужна психотерапия и масштабное глубокое изменение образа жизни.

И если бы химическая зависимость действительно была бы только «болезнью тела», то зависимый, пройдя однажды курс «очищения» от ВИС, не возвращался бы в больницу или под капельницу уже никогда. То же самое, как, я надеюсь, понятно, относится и:

- к вызовам врачей на дом, и
- к переключению с одного препарата (неважно, гашиш или героин) на другой (например, алкоголь или амфетамины) с целью самостоятельного, т.е. без назначения врачей, ослабления всё тех же симптомов. Иными словами, снова игнорируются, только теперь уже психо-, социо- и духовный аспекты.

Беда же зависимого заключается в том, что он ПОВТОРЯЕТ одни и те же действия, каждый раз надеясь на другой результат, а результат... мы уже упоминали, предсказуемый.

Вариаций же способов лечения какое-то невероятное количество.

Подробно описывать каждый будет достаточно долго, поэтому просто перечислю коротко: химзащита, кодирование, транслокация (кодировка плюс химзащита), цимбулотомия (операция на мозге по удалению эндорфиновых рецепторов), шоковая терапия, заместительная терапия (например, приём метадона как фабричного варианта героина)...

Что же будет, если мы сосредоточимся на лечении исключительно аспекта **психо**? Боюсь, что здесь мы получим либо бесконечные попытки применения разнообразных психологических методик, работающих с чувствами зависимого (которые он уже давно отвык и осознавать-то, регулярно изменяя их веществами), но игнорирующих его социальную жизнь и соматические состояния, либо столь же бесконечное «пересаживание» зависимого с одного антидепрессанта на другой (в зависимости от того, кто будет заниматься этим аспектом, психолог или психиатр). Но мы снова получим тот же результат. И поскольку назначение успокоительных и антидепрессантов является прерогативой врачей, полагаю, будет вполне уместно отнести сей метод также к медицинскому подходу.

А ещё, применяя к зависимому подход «как к обычному пациенту», мы игнорируем его следующие качества:

- **паталогическую неспособность быть честным и в первую очередь с собой;**
- **неспособность доверять, а соответственно – предубеждённость и неспособность обращаться за помощью (что также подразумевает и неполноценное выполнение рекомендаций врача).**

И, как результат, психоаналитик может увлечённо разбирать годами «свободные ассоциации» нетрезвого ума, гуманистический психолог пытаться до бесконечности как «в прорыв» снабжать и снабжать «поддержкой и пониманием» инфантильную личность...

На всякий случай: дело не в направлении психологии – любое из них (в том числе и из перечисленных) может быть эффективно, если есть верное понимание болезни зависимости.

Здесь занятно упомянуть опыт Кристины Гроф как одной из изобретательниц метода холотропного дыхания – такого своеобразного способа проникновения в глубины своего бессознательного да ещё и попутно приобретения сильных интересных эмоциональных переживаний. Кристина, как и её муж Станислав, сами практиковали этот метод, однако от алкоголизма её он (метод) не спас, с этим пришлось работать уже в одном из реабилитационных 12-шаговых центров в Европе. И, надо отдать должное этой женщине, она не только научилась оставаться трезвой, но и, хотя продолжила практиковать холотропное дыхание, достаточно чётко объясняет в своей книге «Жажда целостности», что её метод не может вылечить алкоголизм или наркоманию: «Я помню, как я сидела у ног своего гуру, а затем шла домой, чтобы выпить, чувствуя себя ужасно виноватой и несчастной» (К. Гроф. Жажда целостности: наркомания и духовный кризис. М.: Институт трансперсональной психологии. Издательство «Саттва», 2000).

Подход 3. Религиозный

Наверное, можно успешно заниматься только **духовным** аспектом, не учитывая остальных, и тогда речь идёт о монастыре или религиозном реабилитационном центре, и, кстати, этот подход, в отличие от первых 2, наконец-то чего-то требует от самого зависимого, а не ограничивается активностью его окружения. В этом подходе впервые пытаются увидеть проблему не снаружи, а внутри человека.

Но... боюсь, что и в монастыре, и в религиозной реабилитации существует некий социум, да и организм, как и психические особенности зависимого, не исчезает, даже когда его игнорируешь. И я безусловно соглашусь с тем, что есть люди, которым подобный подход помогает, более того, рад этому и всячески готов это поддерживать. Смущает другое: сложность адаптации людей «в миру» после длительного пребывания в подобных местах. А решимость в реальности остаться там навсегда, посвятить всего себя служению Богу, по моим наблюдениям, существует у крайне малого количества зависимых. Многие вообще не могут принять для себя никакой религии или даже просто решиться войти в храм.

Подход 4. Компенсаторный

Здесь, если говорить коротко, речь идёт уже или о выздоровлении с помощью групп самопомощи на основе программы «12 Шагов», или о 12-шаговом реабилитационном центре.

Пожалуй, о том, что из себя представляет программа «12 Шагов», стоит рассказать отдельно, пока же ограничусь коротким сообщением, что это система выздоровления, разработанная самими химически зависимыми в США в 30-е годы, в основе которой лежит принцип взаимодействия людей со сходной проблемой.

Сама по себе программа «12 Шагов» **ИСКЛЮЧАЕТ** решение каких бы то ни было задач для её участников, кроме основной цели: остаться трезвым. Причём речь идёт не просто о воздержании, а о выздоровлении, иными словами, работа идёт не с симптомами (употреблением), а с причинами болезни. Вместо «не пить» – «жить трезвым».

Соответственно, группы самопомощи «12 Шагов» как организация **НЕ УЧАСТВУЮТ** в каких-либо религиозных, политических движениях и не могут быть связаны с бизнесом, так как любой из упомянутых факторов, как показал опыт, разрушительно действует на функционирование группы и отвлекает от основной цели.

Однако многие реабилитационные центры используют идеи, отдельные элементы 12-шаговой программы. Это сочетание именуется Миннесотская модель лечения.

Что, по сути, из себя представляет хороший реабилитационный центр? Конечно, то, что я сейчас скажу, является довольно поверхностным обобщением, и всё же: это место, где человек

начинает приходить к пониманию сути и проявлений своего заболевания и учится навыкам, позволяющим ему компенсировать разрушения по всем 4 вышеназванным сферам.

Существенное значение здесь имеет то, что в таком центре люди, будучи искусственно отрезанными от привычных опасных ситуаций, имеют при этом возможность получать поддержку без ВИС как от специалистов, так и от людей, объединённых сходным опытом и сходными задачами.

Если коротко пройти по 4 аспектам:

- Зависимый человек – это человек с заниженным уровнем эндорфинов от рождения. В ходе употребления естественная их выработка существенно уменьшается. В центре восстановление уровня эндорфинов (так называемых «гормонов счастья») и в целом гормонального баланса происходит естественным путём, но более эффективно, так как он находится в среде «таких же», когда возможно открытое доверительное общение, а оно-то и способствует подъёму эндорфинов. Таким образом мы компенсируем потери в **биологической сфере**. Любой же «лекарственный» путь такой компенсации – риск возвращения к привычной модели мышления и поведения («мне плохо – надо что-то принять внутрь»). Только, конечно, для доверительного общения необходима честность, но врать в среде таких же, как ты сам, сложно.

- Большинство зависимых в начале выздоровления могут много и красочно философствовать, произносить разнообразные, привлекательные, возможно, своей парадоксальностью мысли, но обычно испытывают значительные трудности с тем, чтобы определить свои чувства (особенно «здесь и сейчас»), как и быть способными справиться с ними. И их можно понять: долгие годы день за днём человек «убегает» от своих истинных чувств в употребление ВИС, как бы «замораживает» их, и когда он протрезвеет... Конечно, ему сложно понять свои чувства, отличить их от мыслей и при этом не обманывать себя. В центре зависимый может поработать над восстановлением и усовершенствованием навыков рефлексии – осознания собственных эмоций и чувств (**психическая сфера**); кроме того, ничто не восстанавливает психические процессы (внимание, память, мышление), столь серьёзно повреждаемые в употреблении, как письменная работа, чтение, слушание, анализ и формулирование своей вербальной реакции, а всё вышеперечисленное – это основные методы работы в подобном реабилитационном центре.

- Коллектив, в котором живёт зависимый в центре – это микрокосм для него, его «маленькая модель мироздания». Но здесь это – коллектив временный, и при этом реальный и безопасный – зависимый впоследствии ведь не обязан общаться с этими людьми. А сейчас он может попробовать увидеть себя их глазами и попробовать взаимодействовать с ними по-новому. Если это взаимодействие получится эффективным – он может перенести такой опыт уже в «макрокосм», во внешний мир (**социальная сфера**), получить возможность увидеть необходимость изменить некоторые собственные саморазрушительные внутренние моральные принципы, нормы, правила, способствовавшие ранее его болезни, опыт существования по другим принципам в безопасной «лабораторной» обстановке социума реабилитационного центра (**духовная сфера**).

Я упомянул здесь возможность выздоровления в группах самопомощи, то есть вне реабилитационного центра. По сути, основное сходство с вышеописанным способом в том, что есть возможность общения с себе подобными, однако важно понимать, что без реабилитационного центра зависимый берёт на себя большую ответственность и подвергается большим рискам: вне центра опасные ситуации никто не отменял, а до группы вне центра ещё надо дойти, и никакой консультант или психолог за тобой не придёт. Мой опыт показал, что оба пути могут привести зависимого к успеху, и оба не могут застраховать его от ошибок, срывов и трудностей.

Подход 5. Терапевтические Сообщества (ТС)

В отдельную категорию я выделил этот подход, так как есть центры, использующие его без применения 12-шаговой программы, но есть и такие, где принципы этих подходов пытаются с большим или меньшим успехом сочетать.

Если попытаться описать суть подхода ТС – это сообщество, где люди существуют по принципу некой коммуны, где нет начальников, есть люди, облечённые доверием. Основное внимание уделяется изменению поведения зависимого, акцент на том, чтобы создать для него обучающий опыт жизни в социуме, где руководители являются ролевой моделью нового поведения; где права неотъемлемо связаны с ответственностью; где действия всегда приводят к определённым очевидным последствиям.

Важный момент: люди туда приходят добровольно. В странах, где существуют успешно функционирующие ТС, законодательно определяется лечение в подобном центре как необходимое для зависимого. Таким образом, отказываясь от обращения в ТС, зависимый вступает в конфликт с органами государства, А НЕ С ПЕРСОНАЛОМ ТС!!! Соответственно, роль персонала ТОЛЬКО консультирующая, НО НИКАК НЕ КОНТРОЛИРУЮЩАЯ. НИКАКИЕ НАСИЛЬСТВЕННЫЕ УДЕРЖИВАНИЯ В НИХ НЕВОЗМОЖНЫ. Собственно, они и не требуются, контроль – функция правоохранительных органов, но когда её берут на себя консультанты, они неизбежно теряют доверие пациентов, а, соответственно, снижается эффективность терапии, если не сказать просто исчезает.

Более подробно о практике применения ТС можно прочесть, например, у Дэвида Кеннарда в его книге «Введение в терапевтические сообщества» (The Thetford Press Ltd, 1983).

Перечитав то, что описано выше, подумал, что можно более кратко описать компенсаторный подход как комплекс методов, преимущественно относящихся к гуманистической психологии, а подход терапевтических сообществ – к поведенческой. Пожалуй, оптимально, если оба подхода, как бы различны они ни были, использовались в одном реабилитационном центре.

Собственно, это и пытаются обычно сделать, делая акцент на том или ином направлении психологии. Ведь, если задуматься, ни один 12-шаговый не обходится на практике без использования принципов сообщества, иначе он превращается в авторитарную структуру, где ответственность переносится в неадекватной мере на консультантов, а пациенты продолжают оставаться инфантильными.

С другой стороны, в любом терапевтическом сообществе неизбежно происходит компенсация как процесс, способствующий установлению межличностных границ клиента, создание и укрепление его «образа Я», обретение им навыков и опыта конструктивных межличностных отношений и т. п.

Так что оба подхода вполне могут быть взаимодополняемы. Что же касается религиозной составляющей – на мой взгляд, она вполне возможна, просто не стоит рассматривать ее как обязательную в начале выздоровления: человек способен прийти к религии и после определенного срока трезвости, если САМ почувствует необходимость в этом. А вот если ставить религиозность как непременный фактор начала трезвости – это значит, по сути, отказывать существенной части пациентов в шансе на выздоровление.

Вот, собственно, и всё, в эти 5 подходов всё вполне укладывается, и никаких других способов лечения химической зависимости просто нет.

Часть 2.

О созависимых: возможно, это о нас

Надо признать, что сам по себе термин «созависимость» и по сей день весьма дискуссионный. От самых разных уважаемых специалистов я не раз слышал самые полярные мнения по поводу того, что же такое созависимость, начиная от обсуждения необходимости признать её болезнью и внести в категоризацию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и до утверждения, что никакой созависимости нет вообще.

Мелоди Битти в книге «Codependent no more» (название которой как-то, на мой взгляд, уж очень вольно было переведено на русский как «Алкоголик в семье, или Преодоление созависимости») сообщает, что впервые этот термин появился на психотерапевтическом горизонте в 1970-х гг. Хотя наблюдения за тем, что с родственниками химически зависимых происходит что-то особенное, появились гораздо раньше, и кто первый его применил, сказать сегодня наверняка сложно.

Ещё в 1940-е вслед за появлением групп самопомощи «Анонимные Алкоголики» появились группы, работающие по сходным правилам и принципам для родственников алкоголиков. Тогда же, в 1940-е, а точнее в 1947 году, выходит вышеупомянутая книга Эрика Бёрна «Игры, в которые играют люди», где он, описывая взаимоотношения алкоголика (или наркомана) с родственниками и близким окружением, выделяет шесть ролей, находящихся в активном взаимодействии, которое он, в соответствии со своей терминологией, назвал игра «Алкоголик».

Э. Бёрн уделил этой игре небольшую главу, занимающую всего несколько страниц, однако интересно, что три первые роли в этой игре стали основой для создания целой самостоятельной теории, известной под названием «Треугольник Карпмана» по имени её основателя, которая описывает уже не просто отношения химически зависимого с окружением, но и практически распространяет своё описание на определённые характерные аспекты, практически присутствующие в любых отношениях.

Подобная история произошла и с термином «созависимость». Изначально его применяли, обсуждая именно близких химически зависимого. Вот что пишет та же М. Битти: «Основная идея тогда, когда в 1979 году появилось слово „созависимость“, была та, что созависимые (коалкоголики или параалкоголики) – это люди, чьи жизни стали неуправляемыми в результате проживания в тесных взаимоотношениях с алкоголиком».

Теперь же понятие созависимости существенно расширилось. «Профессионалы, – продолжает М. Битти, – начали идентифицировать и другие проблемы, такие как переедание (болезненное обжорство) и недоедание (нервная анорексия), азартные игры и некоторые виды сексуального поведения. Эти компульсивные нарушения были параллельными с таким компульсивным нарушением или болезнью, как алкоголизм. Профессионалы также начали замечать, что у многих людей, находящихся в тесных взаимоотношениях с больными, страдающими перечисленными компульсивными расстройствами, развиваются такие формы реагирования и преодоления трудностей, которые напоминают формы преодоления трудностей у людей, имеющих тесные взаимоотношения с алкоголиками.

По мере того, как профессионалы начинали лучше понимать созависимость, появлялось все больше групп людей, у которых созависимость отмечалась: взрослые дети алкоголиков; люди, находящиеся в тесных взаимоотношениях с эмоционально и психически больными; люди, находящиеся в тесных взаимоотношениях с хронически больными; родители детей с поведенческими проблемами; люди, находящиеся в тесных взаимоотношениях с безответственными людьми; люди с такими «помогающими» профессиями, как медицинские сестры,

социальные работники и другие. Даже выздоравливающие алкоголики и наркоманы заметили, что они были созависимыми и, возможно, это состояние у них возникло задолго до начала химической зависимости».

Теперь же созависимым считается любой человек, чья жизнь находится под разрушительным влиянием любого другого человека, чьё существование находится в паталогической зависимости от другого.

В данном тексте я представляю описание тех типов, которые были определены Э. Бёрном.

В литературе есть немало различных классификаций типов созависимого поведения, более и менее подробные, но в целом не противоречащие друг другу, а кроме того, те типы, которые выделил Э. Бёрн, называя их «роли», остаются актуальными и по сей день. Я взял за основу его классификацию вовсе не как идеальную, а просто как наиболее удобную и попробую здесь описать особенности этих типов в тех обстоятельствах, в которых с ними столкнулся я в 2000-е годы в России.

Смысл этого я вижу в том, чтобы предложить возможность проидентифицировать себя самому читателю, или, проще говоря – увидеть самого себя. Если, конечно, он предполагает себя созависимым, поскольку увидеть проблему – это уже наполовину решить её. По сути, это и есть 1-й Шаг к её решению, как и 1 Шаг 12-шаговой программы, к слову сказать.

Эрнст Зиммель в статье «Алкоголизм и аддикция» в 1948 г. писал, что есть 3 основные общие черты, присущие родителям алкоголиков:

- импульсивность;
- несоответствие слов действиям;
- существенное отличие требований к себе и к ребёнку.

Исходя из вышесказанного, мне представляется необходимым для созависимого, прежде чем пытаться понять своего близкого и помочь ему, повнимательнее присмотреться к СЕБЕ и понять сначала СЕБЯ. В отношениях всегда как минимум две стороны, и всё, что происходит в отношениях, создают ОБЕ СТОРОНЫ. Итак, начнём с себя.

Полагаю, что читатель уже понял, что «игра» – термин условный, это система некая взаимоотношений. В «игре» есть несколько «ролей».

Глава 1.

Роли созависимых. Преследователь

Человек, испытывающий сильные чувства гнева, злости на зависимого близкого и руководимый этими чувствами в своём отношении к зависимому. Преследователь словно одолевает непреодолимой потребностью наказать зависимого. Когда один из близких родственников зависимого склонен к такой позиции (повторюсь – В НАЧАЛЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ!), зависимый, как правило, гораздо быстрее решается на какие-то действия по выздоровлению (не факт, конечно – это всё-таки болезнь неизлечимая и непредсказуемая, но...) и даже не помышляет о том, чтобы бросать выздоровление и/или уходить из Центра (а на ранних сроках уходит он только «в употребление», причём чем раньше уйдёт, тем раньше и употребит) или сопротивляться лечению. Зависимый словно чувствует эту позицию на расстоянии.

Пример 1.1.

Мама молодого человека по имени Денис (все имена в историях изменены) имела достаточно твёрдую позицию относительно его болезни. С её слов это звучало примерно так: «Если он там у вас не будет стараться выздоравливать, консультантов слушать, задания их выполнять и всё такое – тогда отправлю его в монастырь, и всё». По правилам Центра, она общалась с Денисом только через меня или кого-либо из консультантов по телефону.

Когда же Денис справлялся у меня, что говорила о нём мама, реакция на вышеприведённое сообщение была весьма любопытной: он громко, шумно, многословно возмущался, но при этом как-то тут же быстрым шагом направлялся делать свои письменные задания, необходимые ему в Центре, но постоянно откладываемые до этого.

Тут, пожалуй, стоит сразу пояснить, что помимо всех описываемых ролей существует, вообще-то, **здоровая позиция созависимого**, известная как «**жёсткая любовь**», которую коротко можно описать следующей фразой: «любим тебя, но ненавижу твою болезнь». Позднее я остановлюсь на этой позиции подробнее.

И здесь мне представляется уместным поговорить о том, почему Денис так сильно и сразу верил в заявления своей мамы, ибо слова, приведённые выше, в принципе, вполне подходят под описание «здоровой жёсткой позиции». Весь вопрос, как обычно, в отношении. В данном случае Дениса к его маме и наоборот.

В их семье мама определённо играла роль лидера, активно подавлявшего и мужа, и сына. В период употребления Дениса был такой случай: однажды приятель позвонил Денису и позвал его прийти в гости, чтобы отдать ему какой-то диск с музыкой (сразу поясню, что в данном случае речь шла и в самом деле о некоем диске, а не о попытке обмануть маму). Денис зашёл в комнату к маме и, сообщив об этом, ушёл. Мама на тот момент занималась бухгалтерской деятельностью на дому. И вот, когда Денис уходит, она смотрит на телефонный номер приятеля, высветившийся на автоопределителе, установленном на её телефоне, который был подключен параллельно, определяет соответствующий номеру адрес с помощью некой компьютерной программы—справочника, просчитывает необходимое расстояние и время пути Дениса, и вот в момент, когда тот должен по её расчётам уйти от приятеля, она тут же быстро звонит приятелю с внезапным вопросом: «А Денис уже ушёл?»

Когда я впоследствии спросил её, можно ли я буду приводить этот пример в беседах или статьях, она с воодушевлением радостно согласилась, и единственный вопрос, который её волновал – чтобы я не перепутал название компьютерной программы-справочника.

Увы, за давностью лет я уже и позабыл его, так что просьбу при всём желании выполнить не смог...

Попытки просчитать поведение зависимого, предугадав его замыслы, поймать его, помешать ему даже тогда, когда это касается его личных дел, никак не мешающих созависимому и с ним не связанных, как правило, отличают Преследователя и проявляются достаточно быстро в телефонном общении с консультантами по телефону, когда пациент находится в Центре. Такие родители обычно звонят сами на 2-й же или 3-й день пребывания пациента с вопросом: «Ну что? Ну как он там? Не рвётся домой? Нет? Ну, если что – сразу же звоните, я на связи, я позвоню, я приеду, я ему скажу, я ему покажу» и т. п. И такие звонки повторяются довольно часто, чуть не каждый день, при том что как раз пациенты-дети таких родителей, словно чувствуя на расстоянии напряжение родителей, обычно совершенно никуда не «рвутся» и вообще ведут себя наиболее разумно в сравнении с другими пациентами. Но Преследователь не может успокоиться, он словно в каком-то состоянии азарта, в ожидании подвоха, и через несколько дней, узнав в очередной раз, что с их ребёнком ничего удивительного, требующего их вмешательства не случилось, реагируют чем-то вроде: «Что, не рвётся, значит? Ага... Похоже, что-то задумал!..»

Чуть выше я приводил пример позиции мамы Дениса как «здоровой жёсткой позиции», которая так удачно помогала в нужные моменты, когда он был в Центре. Но эта «здоровая позиция» не всегда была такой уж стабильно «здоровой». Роль Преследователя, как и любая другая роль созависимого – это, как правило, некая характерная модель поведения, тенденция, к которой он склонен возвращаться особенно в моменты стресса.

*В начале пребывания Дениса в Центре мне приходилось частенько отвечать на звонки, но сначала не мамы Дениса, а его папы. Он говорил каким-то таким полуироничным-полуизвиняющимся голосом, но через 3—5 минут общения где-то на заднем плане в трубке начинал со всё нарастающей громкостью звучать другой голос, женский, и явно что-то с повелительными интонациями указывающий, подсказывающий папе, инструктирующий его. И как только я предлагал папе передать трубку обладательнице этого голоса, т.е. его жене, он быстро и смущённо мялся, извинялся и прощался. На момент написания этого текста Денис уже 12 лет не употребляет, год после Центра я работал с ним индивидуально, и в этот период с его мамой происходили очень показательные процессы. Сначала она пыталась активно контролировать его поведение, при этом надеясь подключить меня как инструмент давления. Когда же, несмотря на особенности мамы, Денис **продолжал (ПО ДЕЙСТВИЯМ!) активно выздоравливать, он давал мне основания и возможности жёстче отстаивать его интересы перед мамой.***

Так, однажды она позвонила мне и стала взволнованно рассказывать о своих подозрениях в предполагаемом, с её точки зрения, «откате» в выздоровлении Дениса (другими словами, об ухудшении его состояния, ведущего, по её убеждению, к его срыву). По сути, подозрения её были явно необоснованные и очень эмоционально окрашенные, со всё увеличивающейся скоростью и на всё более высоких нотах они звучали приблизительно так:

– Вот всегда это так и начиналось, все эти его опоздания – значит, что он не может отвечать за свои слова! В комнате – бардак, он ничего не убирает, он вообще ничего не делает, а я знаю, чем это всё заканчивается, а он уходит от разговора, он, видите ли, не желает объяснять, и я вижу, что опять всё бессмысленно, никакого прогресса, никаких изменений!..

У меня было ощущение, что на меня наваливается какой-то неотвратимый каток, ураган гнева, недовольства, я чувствовал её давление. Было такое впечатление, что сейчас она уже и меня начнёт отчитывать. Она словно бы пыталась добиться от меня то ли слияния с ней в «праведном гневе», то ли признания моей вины за происходящее с Денисом, призна-

ния, что я не справляюсь с «непобедимой сверхнаркоманией» Дениса, и моих попыток оправдываться и что-то ей доказывать.

Не знаю почему, но как-то интуитивно я понял, или скорее почувствовал, что должен был в тот момент сделать. Я резко оборвал её на полуслове:

– Значит, сейчас Вы успокаиваетесь и перезваниваете мне после, в подобном тоне я с Вами разговаривать не готов», – и выключил связь. Через пару минут мама Дениса перезванивала уже в спокойном, благодушном настроении, даже как будто бы чем-то осчастливленная. И, возможно, резкий отпор и категоричные указания – это и было то, чего ей хотелось добиться хоть от кого-то.

И всё было бы очень прекрасно и замечательно, если бы созависимость не была столь же серьёзным и опасным явлением, как и любая зависимость. Она так же неизменно прогрессирует, когда её игнорируют, недооценивают, и в результате – ничего не предпринимают для терапии созависимого.

К моменту окончания нашей работы с Денисом у его мамы стали появляться симптомы игромании: по несколько часов она проводила у игрового автомата, спуская там всю свою пенсию. «Это удивительное состояние, – как описывала она те моменты, – ты можешь полностью отключиться, ни о чём не переживать, ни о чём не думать – ни о сыне, ни о муже, ни о жизни – ни о чём, на пару-тройку часов ты словно бы выключен из окружающего пространства, только ты и автомат...»

После нескольких встреч с ней индивидуально её игры в автоматы прекратились, но обострилась её хроническая астма. Мама Дениса прекратила консультации, ссылаясь на необходимость стационарного фармакологического лечения, и через пару лет в результате одного из приступов её не стало.

Конечно, я не могу утверждать это абсолютно, но можно предположить, что стремление контролировать всё и вся, острое желание «убежать» от своих чувств (что, как известно, свойственно любому зависимому типу личности, разница может быть в том, каких именно чувств человек пытается избегать преимущественно) в сочетании с отказом от психотерапии сыграли для мамы Дениса роковую роль. И дело, безусловно, не в том, что она перестала обращаться именно ко мне за помощью – психологов и групп в Санкт-Петербурге предостаточно. Важно обратить внимание на то, что часто происходит с созависимыми в тех случаях, когда их зависимый родственник **ДЕЙСТВИТЕЛЬНО** начинает выздоравливать.

А происходит вот что: казалось бы, цель достигнута – живи и радуйся, но вместо этого созависимый чувствует внутреннюю **опустошённость**, апатию, многолетняя борьба больше не имеет смысла, утрачен объект приложения усилий, точнее, утрачена необходимость приложения этих усилий, теряется **смысл жизни**. Как описывали это состояние некоторые созависимые, «теперь хочется запереться в какой-нибудь комнате и не выходить оттуда». Искать смысл существования в чём-либо кроме спасания крайне сложно и непривычно.

Одна моя клиентка 18 лет «спасала» мужа-алкоголика, а однажды он встал утром и сказал ей: «Я понял, почему пил все эти годы. Это всё из-за тебя! Поэтому теперь я решил от тебя уйти и пить бросить!» Он ушёл от неё в тот же день к другой женщине и действительно перестал пить. Некоторое время она пребывала в растерянности, а через полгода зашла сама. Созависимость перешла в алкоголизм.

Да, кстати, ещё через год он тоже вернулся к употреблению алкоголя. Хотя уже и живя с другой женщиной. Дело-то ведь не в них, не в женщинах, как бы неприятно это ни было признавать алкоголику. Вообще зависимому.

Пример 1.2.

Ещё один пример краткосрочно эффективного влияния Преследователя. В 2001 году в Центр поступил пациент Григорий. Рослый здоровяк южных кровей с громадными кулаками, небритый, ехидно щурясь, стоял и курил в ожидании, пока освободится принимающий его администратор, когда я подошёл с ним познакомиться.

– М-м-да, чё-т, я смотрю, спортзала-то у вас нормального нет, – с кривоватой, снисходительной усмешкой поделился он вслух своими рассуждениями, неторопливо потягивая сигарету, – и с девочками в одной палате нельзя... Не, я тут не остаюсь.

В этот момент появляется его отец, коренастый мужчина, тогда ещё крепкого здоровья (впоследствии в связи со всеми переживаниями переживший тяжёлый инсульт с внешними последствиями) с уже явным южным акцентом: «Так, что он там, домой собрался, да? Гдэ у вас тут изолятор, я щас на минутку с ним... – и резким движением он заталкивает Григория в комнату. Оттуда доносятся несколько нечленораздельных слов, несколько глухих ударов, затем выходит отец Григория:

– Так, ну всё, он остаётся, гдэ тут у вас что можно оплачиват? – спокойным, почти равнодушным голосом констатирует он. Вслед появляется сам Григорий, но уже со скромным, улыбчивым, доброжелательным выражением лица. Немного кривясь и слегка потирая бок, он словно продолжает устные размышления, резко изменившие своё направление: «Вообще, я тут подумал, а меня же всё устраивает, не очень-то мне этот спортзал и нужен...»

*В данном случае так или иначе, но по сути мы достигли необходимого на тот момент результата. Преследователь оказался в данном случае не то что уместен, полезен, а просто необходим. Однако так бывает не всегда. **Во всех случаях с Преследователями важно, чтобы они не «переусердствовали»**, как это попытался сделать в следующем примере отчим девушки Натальи.*

Пример 1.3.

Однажды в Центр приехала девушка по имени, предположим, Наталья, и, как это бывает в большинстве случаев, на 2-е сутки у неё обострилась тяга. Тяга к наркотикам.

Странное дело, я вот всё думал, почему наркоманы так склонны к капюшононошению – такая попытка спрятаться от окружающих? – но по факту сей идиотский, нелепый наряд, наоборот, привлекает более пристальное, настороженное внимание; этакое «детство» во всём – «я тебя не вижу, значит, ты меня не видишь»... Ну так вот.

Зима, вечер. Сжавшись, скукожившись, сидя на корточках под жёлтым светом фонаря в куртке с накиннутым капюшоном, как говорится, в типичной наркоманской позе, тихо плачет и нервно курит Наталья у ворот в Центр.

– Я хочу уехать, я хочу уехать, – угрюмо мычит она сквозь слёзы.

Ну и что тут сделаешь? Да то же самое, что и во всех подобных ситуациях – недолго полюбовавшись (секунд три-пять) на всю эту «трогательную» картину, я веду Наталью в помещение, практически волоку и там в её присутствии звоню её же родителям. Трубку поднимает отчим, я сообщаю ему о безумном решении Натальи ехать домой (а безумное оно по той простой причине, что, как я уже упоминал, куда она едет – вполне понятно).

– Так, значит, – заговорил в ответ отчим, словно бы вбивая словами гвозди, – передайте ей, что все подьезды к Волховстрою (населённый пункт Ленинградской области) перекрыты! Если она только сунется – её тут же встретят, ждите, я буду часа через 2—3, держите её пока там!»

Я не поинтересовался тогда, а потому не знаю и теперь, кем были перекрыты «подьезды к Волховстрою» – милицией, или бандитами, или ещё кем, шлагбаумами, к примеру, но Наталья, услышав речь отчима в телефоне (динамик в трубке был достаточно громкий), как-то сразу ему поверила и тут же изменила своё решение:

– Я всё поняла, я остаюсь, перезвоните ему, что я останусь, не надо приезжать, пусть не приезжает!

Что было в голове у Натальи – то ли она решила, что отчим её здесь же начнёт избивать, то ли старые ассоциации с подобным поведением, или вообще свои фантазии, но страх перед отчимом сработал.

Я тут же перезвонил отчиму:

– Слушайте, можно уже не приезжать, Наталья тут у нас всё услышала, всё поняла, остаётся.

– Ага, – отвечает отчим, – ну, да, ну я уже в пути, буду через часок-полтора, держите её там пока! (Вот интересно, а каким образом в его воображении мы должны были держать Наталью в реабилитационном центре, где невозможно никакое насильственное удержание? И ведь их об этом предупреждают...)

Так или иначе, это сообщение отчима было уже лишним. Лицо Натальи из страдальческого моментально превратилось в панически испуганное:

– Если он сейчас приедет, я здесь не останусь! – забормотала она в ужасе.

Абсурд ситуации стал уже как-то напрягать.

– Вы, конечно, делайте как знаете, – осторожно заговорил я с отчимом, – просто неsolidно как-то – Вы сейчас к нам, она – от нас, ну, и будете за ней бегать туда-сюда, искать её, догонять – ну, несерьёзно. Давайте так: вот она, как только куда-то побежит, мы сразу Вам – р-раз! – и звоним, а Вы её уже тогда подхватываете.

– Ну да, ну да, всё правильно, да, логично, – задумчиво согласился отчим и через несколько секунд, понизив голос, заговорил шепотом: – А то, может, всё-таки приехать, а?..

Как я уже упоминал, образ Преследователя – это зачастую такой образ, реакция на который видна по пациенту даже в отсутствие самого Преследователя. Помню, как навстречу мне с красным лицом, полным неподдельного страха, неслась одна из пациенток с криком: «Папа приехал!» – при том что внешне он не производил какого-либо смертоносного или опасно-агрессивного впечатления. Просто приехал человек, такой приличный, аккуратный, в костюме и в возрасте, впервые за две недели пребывания её в Центре. Он и сделать-то или сказать ничего ещё не успел.

Подобная же реакция на отца вспоминается мне со стороны сына у молодого человека по имени Пётр: огромные глаза на искажённом ужасом лице: «Только не в монастырь! А-а, я знаю папу, захочет – его уже не переубедить!»

Собственно говоря, речь идёт о необходимости терапевтического альянса, т.е. важно, чтобы созависимый сотрудничал с психологами и консультантами, а не навязывал им свою линию (кстати, не менее вредно для успеха терапии и замалчивание своего мнения со стороны зависимых или созависимых, но об этом в следующих главах).

Созависимый же, как правило, не склонен сотрудничать. Ему более или менее свойственно либо пытаться переложить на психолога ответственность («Посоветуйте, Вы же психолог!»), либо игнорировать психолога как такового («Вы, конечно, авторитет, но мы лучше сами разберёмся»).

Не всегда возможно в таких ситуациях что-либо сделать, но, по крайней мере, можно попытаться донести до созависимого необходимость и смысл именно сотрудничества.

Пример 1.4.

К находившейся в Центре девушке Асе приехала мама. Девушка обратилась к консультанту Лене за помощью, тоже девушке, достаточно молодой и весьма уравновешенной, с просьбой о последующем за Центром индивидуальном сопровождении, которое, кстати говоря, оказалось впоследствии вполне успешным – Ася уже много лет остаётся трезвой. Но в том момент напористость мамы привела Лену в такое замешательство, что она попросила меня с этой мамой пообщаться.

– Вадим, ты не можешь до меня поговорить с этой мамой, а то я её... прямо боюсь как-то, – откровенно сказать, просьба Лены именно так и звучала.

Я поздоровался с мамой Аси, представился и поинтересовался у неё, как она представляет себе будущее Аси после Центра с той точки зрения, чтобы сохранить трезвость. Грузная, активная женщина не заставила меня ждать с ответом и бодро, с горящими глазами стала тараторить мне свой план как пионерскую речовку:

– О, я уже тут всё продумала, всё подготовила, везде сама её буду за руку водить: учёба, работа, йога, бассейн, спортзал, при этом по дому...

– Стоп! – так же бодро по-пионерски прервал её я. – Это всё не подойдёт! Если Вы даже и будете её водить всюду с собой, но в мысли-то, в мысли её Вы всё равно до конца-то не влезете, а?!

– М-да, ведь не влечу же, – с искренним сожалением протянула мама Аси, расстроенно всплеснув руками. Она отважно признавала своё поражение.

– Ей же нужен доверенный человек, при этом специалист, психолог! Да такой, чтоб вызывал у Аси ПОЛНОЕ доверие, да чтоб Ася абсолютно, беспрекословно подчинялась этому специалисту, а при этом был бы Вам известен, так, чтобы Вы в любой момент могли у него справиться о её состоянии!

– Да где ж его взять-то такого?! – воскликнула Асина мама.

– Так вот она, психолог Лена!..

Созависимому трудно представить себе такой мощный уровень доверия (аж до беспрекословного подчинения!) со стороны их обычно неуправляемого и лживого ребёнка. При этом доверия абсолютно искреннего, но ведь так хотелось бы! И теплится тайная надежда проконтролировать ребёнка через консультанта. Хотя, конечно, на самом деле, если ребёнок и впрямь начнёт выздоравливать, то будет необходимо через некоторое время (скажем, через 2—3 месяца) всё более «отделять» его от родителей, и тогда-то контролировать его уже будет сложнее, но всё это будет потом...

И, наконец, я приведу ещё пару примеров характерного поведения Преследователя, демонстрирующего явное нежелание и категорическую неготовность понимать, что же на самом деле происходит. Сделать это я намерен для полноты описания данного типа и ради объективности, поскольку надо признать, что у нас не всегда есть возможность добиться положительного результата в своей работе.

Пример 1.5.

В 2000 году в Центр поступил молодой человек по имени Георгий. А через две недели к нему приехали его родственники. Они имели весьма колоритный облик: невысокий корена-

стый папа-армянин в чёрном пальто с белым кашне, за спиной папы – два брата Георгия, каждый на две головы выше папы, но такие же коренастые, в таком же чёрно-белом одеянии (со стороны они были похожи на людей из какого-нибудь фильма про бандитские разборки), а позади – мама Георгия, полноватая, испуганного вида женщина. После их встречи с Георгием я, случайно проходя мимо его палаты, услышал тихие всхлипы. А надо сказать, что и сам Георгий был интересен на вид: при своих 16 годах его вес был за 100 кг, поэтому окружающие не сразу осознавали, что перед ними совсем ещё юноша. Было достаточно странно видеть этого здоровенного детину рыдающим крокодиловыми слезами. Я, естественно, заинтересовался, что же случилось, и сквозь всхлипы разобрал следующее: «А-а, ничего они не понимают, папа сказал: „Ты пока отдыхай тут в своём санатории, а так – ещё раз вмажешься – отвезём в лес и пристрелим. Чё, не мужик, что ли, честь семьи позорить хочешь, да?!“» В этот момент в палату вошёл консультант Виктор, на тот момент сам имевший лет 7 трезвости (трезвый и по сей день) и отличавшийся умением достаточно иронично относиться к некоторым проявлениям своей же болезни. Узнав ситуацию Георгия, вкратце резюмировал некую формулу подобного подхода к выздоровлению, задумчиво проговорив: «А знаешь, в этом что-то есть: зачем целых 12 Шагов? Один шаг: вмазался – пристрелили».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.