

Аддиктивное поведение в семьях больных алкоголизмом

МОСКАЛЕНКО В.Д.
ШИБАКОВА Т.Л.

д.м.н., профессор, Национальный научный центр наркологии, МЗ России, Москва
к.м.н., научный сотрудник, Национальный научный центр наркологии, МЗ России, Москва

Изучены 23 родительские семьи больных алкоголизмом. В исследовании применяли клинико-генеалогический метод, построение генограмм семейной системы, личные интервью как больного, так и его родителей. Особое внимание уделяли характеристике семейной системы.

Установили во всех семьях наличие не менее двух из шести признаков аддиктивного поведения. Приведены признаки аддиктивного поведения: 1) серьезное нарушение в одной или нескольких важных областях жизни — взаимоотношения, финансы, карьера, здоровье; 2) утрата контроля над поведением и самой зависимостью (невозможность ограничить или прекратить поведение); 3) компульсивное влечение повторять это поведение; 4) развитие толерантности; 5) физиологические симптомы синдрома отмены в периоды, свободные от аддиктивного поведения или вещества пристрастия; 6) депрессии, тревога, психосоматические заболевания.

С точки зрения теории семейных систем зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) является симптомом дисфункции семьи, а не только проблемой идентифицированного пациента [5]. Поэтому в центре внимания нарколога может быть пациент в контексте семьи. Значительная часть семейных исследований была сфокусирована на частоте и плотности повторных случаев зависимости от ПАВ. В популяции Москвы обнаружено, что алкоголизмом больны в семьях пробандов-мужчин 53% отцов и 11% матерей, 19% сестер и 55% братьев [3]. Высокая частота отягощенности семьи аналогичным заболеванием усиливает наше предположение о дисфункциональности всей семейной системы.

С целью изучения возможного аддиктивного поведения и дисфункции в семьях нами изучено 23 семьи больных алкоголизмом с возрастом пробандов от 18 до 33 лет. Применяли клинико-генеалогический метод, построение генограмм семейной системы, личное интервьюирование пробанда, его матери и отца (за исключением трех случаев недоступности отца) с использованием вопросов, характеризующих семейную систему. Оценивали аддиктивное поведение семьи, созависимость родственников, не больных алкоголизмом, а также дисфункцию семейной системы.

Аддиктивное поведение

Аддиктивное поведение может характеризовать идентифицированного пациента (пробанда) и семью в целом. Аддикция — это повторяющийся паттерн саморазрушающего поведения, который индивид или семья не могут ни ограничить, ни прекратить. Аддиктивное поведение рассматривают как симптом или реакцию на нездоровые взаимоотношения с собой или другими [7]. В соответствии с данными литературы аддиктивное поведение характеризуют следующие особенности:

серьезное нарушение в одной или нескольких важных областях жизни — взаимоотношения, финансы, карьера, здоровье;

утрата контроля над поведением и самой зависимостью (невозможность ограничить или прекратить поведение);

компульсивное влечение повторять это поведение; развитие толерантности;

физиологические симптомы синдрома отнятия в периоды, свободные от аддиктивного поведения или вещества пристрастия;

депрессия, тревога, психосоматические нарушения [7, 8].

Семья имеет две или более из выше перечисленных характеристик, общих с таковыми у идентифицированного пациента.

Другие авторы различают в определении аддикции 3 главных признака:

компульсивность — это утрата способности свободно выбирать между возможностью останавливать или продолжать поведение;

продолжение поведения, несмотря на пагубные последствия, как-то: потеря здоровья, работы, важных взаимоотношений или свободы;

постоянная концентрация, достигающая степени навязчивости, на соответствующей аддиктивной деятельности [8].

Е.П.Трошина формулирует аддиктивное поведение следующим образом: «Признаками аддиктивного поведения подростков с наркотической зависимостью являются: снижение истинной самооценки, деструктивность поведения; направленность поведения на достижение уровня психического комфорта (без решения существующих проблем); стереотипность поведения: снижение возможностей его контроля; отсутствие или формальность мотивации коррекции» [4, с. 206].

Дисфункция семьи

Семья больного алкогольной зависимостью практически во всех случаях является дисфункциональной (проблемной), т.к. кризис взаимоотношений назревал задолго до обнаружения факта алкоголизации. Начало алкоголизации подростка является сообщением, сигналом об этом кризисе. Это сигнал к тому, что уклад жизни должен измениться либо семья не выживет.

Поведение родителей — своеобразный способ спрятаться от кризиса, не видеть его, а также способ избежать эмоционально близких взаимоотношений. В семье распространены следующие высказывания: «Я лучше тебя знаю, как это должно быть», «Я сделаю, как ты хочешь, только отстань», «Что еще тебе нужно, у тебя все есть».

Приводим перечень наиболее часто обнаруживаемых признаков дисфункции в семьях больных алкоголизмом [2, 6]:

отрицание проблем и поддержание иллюзий;

вакуум интимности;

замороженные правила и роли;

конфликтные взаимоотношения;

недифференцированность, размытость «я» каждого члена;

границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимыми стенами;

все держат «секрет семьи», все поддерживают фасад псевдоблагополучия;

склонность к полярности чувств и суждений;

закрытость системы;

абсолютизирование воли, контроля.

Результаты

Изучение 23 семей больных алкоголизмом пробандов-мужчин показало, что в родительских семьях наблюдаются сходные паттерны аддиктивного поведения. Однако матери демонстрируют большую, чем отцы, тяжесть его. У отцов вариантами аддикции были алкоголизм (49% семей), трудоголизм (18% семей) и нарушения взаимоотношений в семье, описанные при созависимости. Физическое отсутствие отца у больных зависимостью в результате ранней (до 16 лет) смерти, развода наблюдалось в 3 из 23 изученных семей (13%).

Типичным для семьи является следующий паттерн поведения. Родители идентифицированного пациента напряженно стараются понять больного, справиться с проблемой собственными силами, изменить или контролировать больного и его аддиктивное поведение. Концентрация на проблемах больного достигает степени компульсивности, поскольку они ни о чем другом думать не могут. Это ярче выражено у матерей, чем у отцов, больных с зависимостью. Родители отодвигают на задний план свои интересы, чувства и потребности. Они продолжают опекать больного, предпринимать бесполезные действия по его «спасению» и не в состоянии ни уменьшить, ни прекратить такое поведение. Они не могут удовлетворять должным образом свои важные потребности — отдыхать, сконцентрироваться на своих интересах, посещать врача в случае необходимости.

Типичное поведение родителей больного, равно как и других близких родственников, с ним проживающих, соответствует термину *аддиктивное поведение*, а психическое состояние члена семьи — термину *созависимость*.

Созависимость — это такая концентрация на проблемах другого человека, которая препятствует удовлетворению собственных жизненно важных потребностей. Это состояние свойственно членам семьи больного. J. Bradshaw отмечает, что «созависимость есть утрата внутренней реальности и аддикция к внешней реальности» [6, с. 166].

Созависимость предполагает выполнение роли пособника. Типичное поведение пособника включает: игнорирование проблемы, попытки скрыть, спрятать, покрыть проблему, защиту больного зависимостью от последствий, взятие на себя ответственности за алкогольное поведение больного. Это могут быть освобождение из вытрезвителя или тюрьмы, оплата адвоката или кредиторов, звонки начальнику на работу с ложными объяснениями прогулов и т.п., угрозы и критика в адрес больного, покупка алкоголя или других ПАВ для него, совместное с больным употребление алкоголя либо другое саморазрушающее поведение.

Созависимые родственники больных проявляют чрезмерную преданность и самопожертвование, навязчивое контролирование или попытки изменить других, повышенную толерантность к эмоциональной боли, затуманивание (обнубляющую) своих чувств до ощущения утраты себя (характерное высказывание многих созависимых — «меня нет»), они живут в социальной изоляции и продолжают отрицать деструктивные последствия своего аддиктивного и созависимого поведения. Феноменология созависимости описана нами ранее [1, 2].

В каждой изученной семье мы обнаружили не менее 7 из 10 выше приведенных признаков дисфункции.

Обобщенная характеристика матерей. По отношению к алкогользависимому сыну она — сверхопекающая, по-

такая, откровенно все разрешающая, не знающая границы между собой и сыном (отсюда такая лексика «мы лечились», «мы в армии не служили» и т.д.). По ее словам, часто алкогользависимый сын был «хорошим ребенком», «его легко было растить» либо «он был избалованным».

В других случаях мать может быть холодной, эмоционально недоступной, строгой, с жесткими требованиями.

Обобщенная характеристика отцов. Отцы в дисфункциональных семьях часто отстраненные, отчужденные, слабые, не вовлеченные в процесс воспитания, отсутствующие либо физически, либо эмоционально. Среди отцов высока частота алкоголизма, выше, чем в среднем в населении. Взаимоотношения в паре отец—сын часто негативные, «натянутые», трудные, непостоянные по дисциплине.

Отцы либо строгие, авторитарные, применяющие насилие, но находящиеся под контролем у матерей (своих жен). Либо это дистантный отец, явно на вторых ролях по сравнению с матерью, передавший все заботы о воспитании жене.

Клинической иллюстрацией аддиктивного поведения, созависимости и дисфункции в семьях больных алкоголизмом мужчин является приводимое наблюдение за одной семьей.

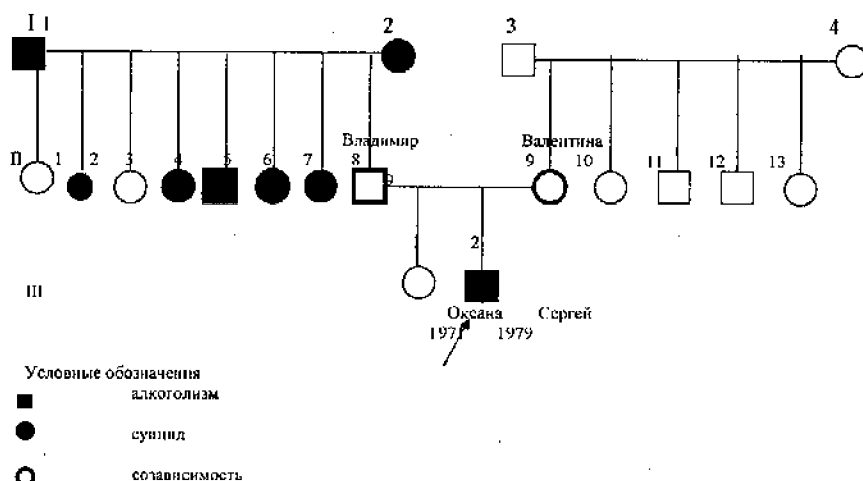
Пробанд (идентифицированный больной) — III, 2.

Ж — ин С.В., 1979 г.р.

Родился вторым ребенком в семье. Беременность и роды у матери протекали без патологии. В возрасте трех лет, на фоне простудного заболевания с высокой температурой, был беспокоен, плакал, спрашивал у матери, почему она такая маленькая. Такое состояние продолжалось несколько дней, просил мать «полежать с ним, пока не заснет».

В детском возрасте по характеру был тихим, спокойным, послушным ребенком. Учился посредственно, любимым предметом был труд. Занимался в различных кружках, но, как правило, «надолго не хватало». Закончил 9 классов и вместе с приятелем пытался поступить в профессионально-техническое училище. Экзамены не сдал и поступил в другое училище, где требования к абитуриентам были ниже. Получил специальность плотника. От воинской службы был освобожден в связи с бронхиальной астмой.

Алкогольные напитки впервые употребил в 15 лет, состояние опьянения понравилось. Испытал чувство легкости, веселья. В последующем выпивал вместе с приятелями перед дискотеками. К 20 годам толерантность к алко-



Легенда к родословной. Пробанд III, 2, больной алкоголизмом. По отцовской линии дедушка I, 1 и бабушка I, 2 были больны алкоголизмом. Из 8 детей в этом браке 4 были больны алкоголизмом. Это: тети пробанда II, 4; II, 6; II, 7 и дядя II, 5. Еще одна тетька II, 2 совершила суицид. По материнской линии в двух восходящих поколениях больные алкоголизмом не выявлены. Отец и мать пробанда — II, 8 и II, 9 — не страдают зависимостью от психоактивных веществ, но имеют признаки созависимости и аддиктивного поведения.

голю возросла до одного литра крепких спиртных напитков. Сформировался алкогольный абстинентный синдром, стал пить по 3—4 дня.

В опьянении приводил домой женщин, с которыми знакомился в электричке. Мать запрещала такие свидания в квартире и обычно «выставляла девушек вон». Зачастую ложился в опьянении в теплую ванну и засыпал. Родителям приходилось исподволь наблюдать, «чтобы не утонул». И после того, как он засыпал, они обнаженно относили его в постель. Иногда в таких состояниях просыпался и устраивал родителям «скандал», требовал, чтобы его «оставили в покое».

После окончания училища работал плотником в различных организациях, но долго нигде не удерживался, увольнялся чаще за пьянство и пропуски работы. Последние полгода не работал, продолжал пить по 3—4 дня вместе с приятелями. Зачастую уходил из дома на несколько дней, возвращался оборванным, грязным. В 2000 г. лечился по настоянию родственников в клинике неврозов. Однако уже в стационаре стал выпивать и был выписан в связи с нарушением режима. По настоянию родителей согласился на лечение в клинике Национального научного центра наркологии, где находился в стационаре с 10.02.02 по 20.03.02.

Психический статус. Во время беседы с врачом разговорчив, ведет себя адекватно ситуации, соблюдает дистанцию. Вежлив, положительно отнесся к предложению о сотрудничестве. В беседе преобладают легковесные и малопродуктивные высказывания, наиболее частый ответ: «Не знаю». Отмечается расплывчатость собственного мнения, отказ от споров, скудость знаний. Характерно формальное согласие с наличием у себя алкогольных проблем: «Да, я алкоголик в начальной стадии». Среди мотивов употребления алкоголя преобладают гедонистические: «Пил, потому что было хорошо, весело, приятно». Сообщает, что последние 6 мес. не работает, в то же время считает себя «работягой», говорит, что любит свою профессию. Большой не любит читать, зона интересов узкая. Занятия легко меняет в зависимости от ситуации, случая и даже погоды. В отделении был общителен, тяготел к малым компаниям.

Психологическое тестирование по личностным методикам выявило недостаточность волевых качеств (отсутствие целеустремленности, упорства, настойчивости), зависимость от средовых влияний, конформность, умение приспосабливаться, низкий уровень агрессивности, стремление избегать конфликты; выявлена изначальная упрощенность личностной структуры, отсутствие индивидуальности, низкий уровень рефлексии.

Диагноз по консультации с профессором В.Д.Москаленко: алкогольная зависимость II стадии, непрерывная форма употребления алкоголя, сформировавшаяся на почве расстройств личности пассивно-зависимого типа.

Мать пробанда (II,9) Ж — а В.Б., 1947 г.р.

Родилась первым ребенком из пяти детей в семье. Имеет двух сестер и двух братьев. Алкоголем в семье никто не злоупотреблял. По характеру в детском возрасте была общительной, активной, подвижной. Охотно участвовала в общественной жизни школы, занималась спортом. Закончила 9 классов, а затем техникум, получила специальность бухгалтера. В возрасте 25 лет вышла замуж, вскоре родилась дочь Оксана. Девочка часто болела простудными заболеваниями. Однажды, после перенесенного дочерью ложного крупа, мать стала особенно тревожной, раздражительной, плохо спала ночью. В последующем это состояние обошлось самостоятельно, но «всегда заболела вместе с детьми».

По характеру оставалась общительной, энергичной, была рачительной хозяйкой. И, хотя муж большую часть свободного времени проводил у телевизора или за газетами, «все успевала, в доме всегда был порядок». На пред-

приятии их семью даже в шутку называли образцовой семьей. Последнее слово в решении семейных проблем всегда было за ней. Вместе с тем, отношения в семье всегда были напряженными, и хотя муж не пил и не курил, могла в случае недовольства неделями не разговаривать с ним. После развития алкогольной зависимости у сына в семье участились конфликты, вплоть до серьезных семейных неурядиц с вмешательством правоохранительных органов. Сосредоточила энергию на гиперопеке сына, о себе не умеет заботиться. Мало обращает внимания на других членов семьи, кроме больного сына, пытается контролировать его поведение. В последние 2 года стала еще более напряженной, раздражительной, нарушился ночной сон, регистрировались повышенные показатели АД.

Охотно согласилась на консультацию у психиатра.

Диагноз по консультации с профессором В.Д.Москаленко: пограничное расстройство личности, психосоматические нарушения, созависимость.

Отец пробанда (II,8) Ж — н В.Ф., 1945 г.р.

Является сыном двух больных алкоголизмом родителей. Он — восьмой ребенок в ряду восьми сибсов, из которых 1 брат и 3 сестры больны алкоголизмом. Еще 1 сестра, не больная алкоголизмом, совершила суицид. Кроме того, в семье отмечались 3 случая трагической смерти больных алкоголизмом: одну сестру убили собутыльники, брат погиб под электричкой, еще одну сестру нашли убитой. Таким образом, только у двоих из восьми сибсов не установлено психических или наркологических проблем.

Когда отцу пробанда исполнилось 7 лет, умер его отец. Семья жила в материально стесненных условиях. В детском возрасте по характеру был стеснительным, малообщительным, робким, застенчивым. В школе учился удовлетворительно, закончил 8 классов, а затем техникум, получил специальность электрика. Рано ушел из семьи. В возрасте 25 лет женился. По характеру оставался тихим, малообщительным. Свободное от работы время проводил на даче. Сам построил дачный дом и хозяйственные постройки. В семье занимает второстепенное положение, живет на большой эмоциональной дистанции от сына и жены. Решающее слово принадлежит жене. Чаще соглашается со всеми ее начинаниями, поддерживает ее идеи. Длительное время работает с женой на одном предприятии. По службе ценят как исполнительного и надежно-го сотрудника. Алкогольные напитки употребляет редко.

Клинический анализ семьи

Пробанд. Диагноз алкогольной зависимости у пробанда подтверждается систематическим злоупотреблением спиртными напитками, формированием типичного абстинентного синдрома, ростом толерантности. Заболевание началось в возрасте до 20 лет. Алкогольная зависимость характеризуется выраженностью патологического влечения и прогрессирующими изменениями личности. У больного резко выражен психический инфантилизм.

Таким образом, диагноз — алкогольная зависимость II стадии, непрерывная форма употребления алкоголя, сформировавшаяся на почве расстройства личности пассивно-зависимого типа. До начала алкоголизации отмечаются простудные и психосоматические заболевания, бронхиальная астма, что может указывать на дефицит любви во взаимоотношениях с родителями. Этим могут объясняться просьбы ребенка к матери полежать с ним во время болезни.

Границы личности между матерью и сыном были нечеткие — порой смешанные, порой слитные, что препятствовало становлению его самостоятельности. С отцом у него были совершенно разделенные границы, до степени прекращения контактов.

Алкогольная зависимость сына привела к нездоровой консолидации разьединенной семьи. Родители начали

теснее общаться, чаще разговаривать хотя бы на тему необходимости лечения или контроля поведения сына. Для самого больного алкоголизмом выступает как фактор, позволяющий оставаться маленьким мальчиком в лоне семьи и сближает его с матерью.

Мать. Ее состояние укладывается в понятие *созависимости*, а поведение носит аддиктивный характер.

Аддиктивное поведение матери проявляется в том, что у нее нарушены нормальные взаимоотношения с членами семьи. Ее внимание полностью поглощено проблемами сына, и эта тесная, но нездоровая эмоциональная привязанность не позволяет ей быть в душевно близких, партнерских взаимоотношениях с супругом. Она живет в социальной изоляции (вне семейное общение сведено к минимуму). Ее здоровье и заработок «уносит» алкоголизм сына. Она утратила контроль как над сыном, так и над своей жизнью, не справляется с тревогой. Тем не менее, она не может прекратить или ограничить свое непродуктивное в отношении сына и себя поведение. У нее нарастает недовольство жизнью, появляются симптомы депрессии и психосоматических заболеваний. Самооценка ее низкая. Формы поведения стереотипные, деструктивные.

Все эти особенности поведения в значительной мере свойственны и сыну. Вместе с матерью они образуют прочную коалицию, в которой сын все более регрессирует к детским формам поведения: его уносят на руках из ванной. Алкоголизм сына — симптом дисфункции семьи в том смысле, что он притягивает к себе все внимание матери и не позволяет ей быть в близких отношениях с мужем и даже старшей дочерью.

Отец в характерологическом отношении относится к эмоционально бедным, пассивным личностям. Он перенес в 7-летнем возрасте мощную травму — смерть отца. В силу своего положения в родительской семье — восьмой по счету ребенок — он был обделен любовью матери и отца. Оба его родителя были больны алкоголизмом.

В системе семейных взаимоотношений в созданной им семье он демонстрирует значительную эмоциональную дистанцию как с супругой, так и с сыном, практически ничего не делает вместе с сыном, в одиночку строит дачу. Его отдаленность от проблем семьи можно сравнить с эскапированным поведением больных алкоголизмом, он убегает от проблем.

Признаки созависимости отца: низкая самооценка, недифференцированность и утрата чувств, нарастающая толерантность к эмоциональной боли, вызванной болезнью сына, социальная изоляция, восприятие своего положения в семье как «нормы», отрицание деструктивных последствий созависимых взаимоотношений.

Семья в целом. В трех поколениях семьи, как это представлено на генограмме, отмечаются случаи алкоголизма. Интересной особенностью родословной является тот

факт, что при высокой плотности алкоголизма в родословной родители пробанда не больны алкоголизмом, но ядерная семья была нездоровой еще до начала употребления алкоголя пробандом.

В семье можно отметить отсутствие сплоченности, недостаток теплых взаимоотношений (вакуум интимности). Семья демонстрирует окружающим фасад псевдоблагополучия, недаром их на работе считали образцовой семьей. Члены семьи долго отрицали проблему алкоголизации сына. Семья пытается решить проблему сына путем сверхконтроля, но практически каждый член семьи теряет контроль над своей жизнью.

Таким образом, выше приведенное наблюдение за семьей больного алкоголизмом, равно как и другие изученные нами семьи, подтверждают закономерную вовлеченность всей семьи в аддиктивное поведение, демонстрируют дисфункциональность семьи и подтверждают положение о том, что зависимость есть болезнь всей семьи, а не одного идентифицированного пациента. Необходимо лечить не одного больного, но всю его семью.

Список литературы

1. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании: Пособие для врачей, психологов и родственников больных. — М.: Анахарсис. — 2002. — 112 с.
2. Москаленко В.Д. Зависимость — семейная болезнь. В семье зависимость от алкоголя или наркотиков. Как выжить тем, кто рядом? — М.: ПЭРСЭ, 2002. — 335 с.
3. Москаленко В.Д., Ванюков М.М., Соловьева З.В. и др. Семейное исследование алкоголизма в популяции Москвы // Тр. II Всесоюз. съезда медиц. генетиков. Алма-Ата 4—6 декабря 1990 г. — М., 1990. — С. 305.
4. Трошина Е.П. Особенности диагностики и коррекции аддиктивного поведения подростков в амбулаторных условиях // Психическое здоровье детей и подростков и проблемы зависимости от психоактивных веществ. Материалы Московской областной научно-практ. конф. психиатров и психиатров-наркологов 23—24 мая 2002 г в г. Орехово-Зуево. — Орехово-Зуево, 2003. — С. 206—210.
5. Черников А.В. Введение в семейную психотерапию. Интегративная модель диагностики. Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная терапия» за 1998 год. — М., 1998. — 152 с.
6. Bradshaw J. Bradshaw on: The Family / A Revolutionary Way of Self-discovery. / Health Communications, Inc. Deerfield Beech, Florida. — 1988. — 242 p.
7. Miller T.W., Bilyeu J., Veltkamp L.J. et al. Intimacy in addicted couples: Clinical issues and case studies // J. Couples Ther. — 2001. — Vol. 10, № 3—4. — P. 51—62.
8. Sneider J. P., Irons R.R. Assessment and treatment of addictive sexual disorders: Relevance for chemical dependency relapse // Substance Use and Misuse. — 2001. — Vol. 36, №. 13. — P.1705—1820, 1999—2001.

ADDICTIVE BEHAVIOR IN THE ALCOHOLIC FAMILY

MOSKALENKO V.D. Dr.med.sci., professor, National Research Center of Narcology, Moscow

SHIBAKOVA T.L. Cand.med.sci., scientific fellow, National Research Center of Narcology, Moscow

The authors studied 23 families of patients with alcohol addictions. Clinical-genealogical method, drawing genograms with the information about family system, personal interviews of patients and their parents were used. Special attention was paid to the family system function. In each family 2 and more characteristics of addictive behavior of family members including the patients with alcohol dependence were found. Indicators of addictive behavior were the following: 1) serious harm or loss in one or more significant areas in life - relationships, finances, career, health; 2) a loss of control over the behavior and addiction (unable to limit or stop behavior); 3) an urge, compulsive, or craving to repeat the unreasonable behavior; 4) the development of tolerance — to the alcohol in patients and to the emotional pain in relatives; 5) physiological symptoms of withdrawal following the periods of time that are free from addictive substance or behavior; 6) depression, anxiety, psychosomatic diseases. As the clinical illustration one alcoholic family is described.