

Семейная динамика саморазрушающих паттернов поведения в семьях больных алкогольной зависимостью с позиции модели эпискрипта

МЕРИНОВ А.В.

к.м.н., доцент кафедры психиатрии

Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

ШУСТОВ Д.И.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии

Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Статья посвящена изучению некоторых сценарных механизмов, встречающихся в семьях больных алкогольной зависимостью, известных как «эпискрипт». Описана динамика отношений в алкогольном браке с учетом дрейфа аутоагрессивных паттернов поведения и изменения наркологических характеристик основного заболевания. Предложены клинические варианты развития эпискрипт-модели семейных отношений. Описанные данные помогут более гибко строить терапевтическую программу коррекции зависимых и созависимых отношений.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, семья больного алкогольной зависимостью, созависимость, эпискрипт

Введение

В настоящее время вопрос динамики отношений в семьях страдающих алкогольной зависимостью продолжает оставаться актуальным. Основной акцент в этих исследованиях приходится на изучение особенностей функционирования зависимо-созависимой диады [1, 4—6, 10]. Безусловно, это направление имеет большой научный и практический потенциал, однако существуют определенные клинические реалии «алкогольного» брака, которые невозможно объяснить с позиций созависимости. Расширение знаний об этих выпадающих из общего ряда ситуациях позволит более дифференцированно относиться к их интерпретации, диагностике и, главное, терапии. Наиболее любопытным вариантом внутрисемейной динамики в таких браках является *эпискрипт*, термин, впервые использованный F. English [9] в рамках транзактного анализа. Ранее в своих работах мы уже обращались к этой тематике [3], однако встретившись в нашей практике иные примеры реализации данного механизма, по нашему мнению, заслуживают пристального внимания и позволяют шире взглянуть на внутрисемейные коммуникации в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Напомним вкратце суть феномена эпискрипта. В фольклоре большинства народов есть сказки, описывающие, как герой (или героиня) был проклят в раннем детстве недоброжелательным «духом» по причинам, часто связанным с его происхождением или обстоятельствами его рождения. Проклятие должно реализоваться через много лет, если только каким-то особым образом герой не уклонится от ужасной судьбы и

последствия будут перенесены кем-то другим. Также все жертвоприношения основаны на вере, что, если опасные последствия судьбы или проклятья могут быть перенаправлены на кого-то еще, то первоначальный объект судьбы может быть пощажён.

Таким образом, эпискрипт представляет собой некое деструктивное психическое образование на предсознательном уровне — результат негативного родительского программирования, основанное на магическом предположении, что человек может избежать трагедии, заложенной в деструктивном сценарии, если передаст ее жертвенному объекту [2]. Отмечено, что существуют люди с деструктивным сценарием, которые хорошо функционируют в течение некоторого периода жизни без избавления от своего сценария. Обычно это связано с тем, что они «транслируют» свой сценарий подходящему реципиенту для эпискрипта. В этом контексте нас наиболее интересовала внутрисемейная динамика наиболее фатальных моментов сценария, а именно — установок на саморазрушение как в наиболее классическом варианте (парасуициды), так и в более широком (несуицидальные формы аутоагрессии).

В нашем исследовании с помощью сценарного опросника [7] в ходе полуструктурированного терапевтического интервью для выявления паттернов аутоагрессивного поведения и их предикторов [8] было обследовано 125 семейных пар, где муж страдал алкогольной зависимостью (II стадия заболевания). Параллельно изучались варианты внутрисемейной динамики. Было выяснено, что у 44% жен мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, встретились явные указания на присутствие у них родительского послания «Не

живи» [9], а у 19,2% это послание было ведущим. Можно было предположить, что именно эти женщины будут являться вероятными носителями классических аутоагрессивных модусов поведения (суицидальные попытки в анамнезе, суицидальные мысли, практически реализовавшиеся в суицидальную попытку), которые были обнаружены у 28% респондентов. Однако у девяти из них (25,7%) не было обнаружено данных психологических конструкторов. При дальнейшем анализе этих семейных пар (подробное изучение анамнеза основного заболевания, индивидуальной и внутрисемейной динамики саморазрушающих паттернов поведения) в четырех случаях были обнаружены указания на присутствие механизма эпикрипта.

Это послужило поводом для настоящей работы, поскольку мы и ранее наблюдали семейные пары, где этот механизм отчетливо присутствовал, но имели лишь приблизительное представление о распространенности этого варианта, рассматривая его, скорее, как казуистику. Безусловно, 3,2% это не слишком много, но, тем не менее, уже заслуживает внимания. Для иллюстрации мы используем клинические примеры, не вошедшие в данное исследование (поскольку пока нет длительного динамического наблюдения и проводится активная психотерапевтическая работа по коррекции сценарных механизмов). В этих примерах имеются четкая динамика наблюдения и элемент завершенности сценарных процессов (к сожалению, в обоих случаях трагический), а также был элемент возврата эпикрипта («феномен бумеранга»), что делает их наиболее показательными. Еще раз подчеркнем, что все эти семейные пары радикально «не вписывались» в общую картину алкогольной семьи и при детальном целенаправленном изучении «параллельных» анамнезов (акцент делался на наркологической и суицидологической составляющих) членов семейной группы нами был обнаружен ряд любопытных особенностей, которые и отражены в предлагаемых ниже клинических наблюдениях.

Наблюдение №1

Больной Б., 47 лет, разнорабочий, ранее — инженер-технолог. Находился на амбулаторном наблюдении с 1998 по 2008 гг. Диагноз: до 2007 г. — *алкогольная зависимость, II стадия, высокопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем*; с середины 2007 г. — *алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, запойный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия.*

Анамнестические сведения. Отец пациента злоупотреблял алкоголем, умер в 45 лет «от сердца» после запоя. Раннее развитие без особенностей, третий ребенок в семье, «незапланированный» и впоследствии «нелюбимый». Всегда переживал из-за того, что мать его любит не так сильно, как других детей. С успехом окончил школу, учился значительно лучше братьев, единственный поступил в институт и с успехом его закончил. Женился поздно, в 30 лет, на женщине с ребенком 10 лет (в принципе, больше ни с кем не встречался, так как всегда «не был уверен в себе и никому не был нужен»). Срок семейной жизни Б. составил 15 лет, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода.

Наркологический и суицидологический анамнез. Б. первый раз попробовал спиртное в 22 года, злоупотреблять спиртными напитками начал с 26 лет, что связывает с влиянием коллектива, похмельный синдром сформировался к 31 году. Похмельный синдром носит развернутый характер с выраженными соматоневрологическими и психическими компонентами. Опохмеление обязательное. Количественный контроль утрачивается после приема 250 г водки, социально-этический контроль резко снижен. Клинически в развитии алкогольной болезни можно выделить несколько этапов.

Первый, или добрачный, этап характеризовался в основном развитием I стадии болезни (26—30 лет) — отмечалось практически ежедневное принятие спиртного в кругу сослуживцев, толерантность достигала 0,5 л водки, не похмелялся, однако к 29—30 годам заметил отчетливую тягу к спиртному.

После вступления в брак не пил порядка четырех месяцев, затем начал пить по 5—7 дней, появился четкий похмельный синдром. В похмельном синдроме был больше представлен психический компонент. Толерантность достигла 1,25 л в пересчете на водку. Светлые промежутки составляли не более 25—30 дней, в момент запоев не выходил на работу на режимное предприятие, неоднократно были взыскания, однако руководство не увольняло «ценного сотрудника». Достаточно часто на фоне похмелья возникали мысли о собственной ничтожности, бессмысленности существования, неоднократно обдумывал способ ухода из жизни и в 1993 г. совершил попытку самоповешения (спасли соседи, о суициде ничего сам не помнит). Многократно употреблял различные суррогаты алкоголя, весьма опасные для жизни, которые находил на производстве. Данный период длился до возраста 32 лет.

Третий период, продлившийся с 32 по 35 лет, характеризуется «спонтанным» улучшением течения алкоголизма. Запой стали возникать в среднем раз в 3 мес., длились не более двух дней. Толерантность не более 0,75 л водки. С этим периодом связан и основ-

ной производственный рост — занял пост начальника большого подразделения завода.

Четвертый этап (возраст 36—38 лет) — спонтанное, без лечения полное прекращение употребления алкоголя. Этот период пришелся на 1998 г., когда он обратился к наркологу по поводу лечения приемного сына от героиновой зависимости, которое было начато и продолжалось порядка года.

После успешного лечения сына, прекратившего употребление ПАВ, и поступления его в вуз для Б. начался пятый этап в развитии алкогольной зависимости. С 39 лет Б. снова начал принимать алкогольные напитки и клинически этот период был очень похож на третий (короткие, редкие запои; средняя толерантность; длительные светлые промежутки; отсутствие социального снижения), однако впервые стал агрессивным в отношении супруги, без повода ревновал ее, неоднократно бил. Этот период длился до 2007 г., когда супруга подала на развод и развелась с ним.

Шестой этап (послеразводный) — часть 2007 и 2008 гг. Диагноз — *алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, постоянный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия* (диагноз поставлен при осмотре врачом-наркологом в реанимационном отделении после отравления неизвестной спиртосодержащей жидкостью). На работе «сократили» в начале 2007 г., с тех пор пил практически каждый день, жил один в родительском доме. Толерантность до 0,5 л в пересчете на водку, пил преимущественно крепленые вина и самогон. Не следил за собой. Периодически подрабатывал разнорабочим на оптовой базе. Многократно угрожал бывшей жене и тетке суицидом, который впоследствии совершил в 2008 г. (самоповешение). В суицидальной записке, адресованной, кстати, к умершей за 2 года до этого матери, содержалась одна просьба — сжечь его после смерти.

М., 46 лет, бывшая супруга Б. По профессии экономист. Работает по специальности. Наблюдалась амбулаторно с 1998 по 2006 гг. по поводу смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F-41.2 по МКБ-10) с выраженными суицидальными тенденциями в рамках терапии созависимого поведения в отношении мужа и сына.

Анамнестические сведения. Единственный ребенок в семье. Отец злоупотребляет алкоголем, инвалид первой группы после перенесенного инсульта. Родилась недоношенной. Росла тихой и болезненной. Отец очень строго относился к дочери, будучи пьяным, избивал мать и выгонял их на улицу, часто ночевали у соседей. Школьные годы без особенностей, была сверхответственная. С успехом окончила институт.

В институте вышла замуж, так как забеременела. В браке прожила 1,5 года, затем брак распался из-за «гулянок мужа», думала, что замуж больше не выйдет. Однако в 29 лет на предприятии встретила Б., с которым они через полгода оформили брачные отношения. Знала, что Б. «выпивает», тем не менее, в остальном он казался положительным и «ведомым», была уверена, что пить он прекратит. После брака, действительно, муж почти полгода не пил. Затем последовали два года «алкогольного ада», муж пил длительными запоями, постоянно прогуливал ответственную работу, «попросту спивался», постоянно высказывал суицидальные мысли и совершил одну суицидальную попытку. Этот период М. характеризует как «этап борьбы и разочарований». Трижды пыталась лечить мужа («кодирование», «подшивание»), длительность ремиссий не превышала 1—3 мес. Однако все это время чувствовала «прилив сил», свою особенную значимость для мужа, готова была «горы свернуть».

Суицидологический анамнез. До второго брака никаких значимых для суицидологического анализа моментов не отмечалось. Характеризовала себя как крайне жизнерадостного, позитивного человека, которого не могли смутить никакие бытовые трудности. После проблем с алкоголем первого мужа дала себе зарок близко не подходить к пьющим мужчинам. Как так получилось, что второй муж тоже оказался больным алкоголизмом, рационально объяснить затрудняется, «была уверена, что они разные». Крайне негативно относилась к самой идее насильственного ухода из жизни, так как в школе старшеклассница покончила с собой, вызвав у М. «бурю непонимания».

После суицидальной попытки мужа (1993 г.), которая последовала спустя один месяц после очередного «кодирования», впервые в жизни испытала отчаяние, безнадежность. В это же время впервые «ниоткуда» возникли отчетливые суицидальные мысли, хотела умереть, представляла картину собственной смерти и похорон, жалела себя. Однако чувствовала, что ничего с собой не сделает, так как у нее есть прекрасный сын.

Последующие 3—4 года «не узнавала себя»: стала болезненной, депрессивной, начала курить (хотя раньше крайне негативно относилась к этому). Подруги говорили, что ее подменили. Стала постоянной клиенткой поликлиники (часто обостряющийся пиелонефрит, стенокардия, мелкоузловой зоб щитовидной железы, синдром раздраженной толстой кишки). Часто фантазировала на темы собственной смерти, часто была тоскливой, подавленной. Минимум трижды серьезно обдумывала вариант реализации самоубийства, но об этом никому не рассказывала. Стала «обузой» для мужа и сына, которому к этому времени исполнилось 15 лет. В 1995 г. после психотравмирующей ситуации на службе и ссоры с мужем выпила горсть разных таблеток, спустя 15 мин началась

самопроизвольная рвота, что спасло её жизнь (суицидальную попытку от мужа и сына утаила), пообещав себе впредь никогда ничего подобного не совершать, однако мысли о том, что, возможно, было бы лучше тогда умереть, периодически возникали. Этому периоду четко соответствует третий период наркологического анамнеза мужа, когда он спонтанно практически прекратил выпивки, всю свою энергию посвящал работе и заботе о соматическом состоянии супруги.

Е., 27 лет, сын М. Наблюдался амбулаторно с мая 1998 г. по июнь 1999 г. с диагнозом *героиновая наркомания*, когда ему было 17—18 лет.

Анамнестические сведения. Родился от первого брака М., с биологическим отцом никогда не общался. Раннее развитие без особенностей. Рос тихим, безынициативным и подчиняемым ребенком (со слов педагогов). При этом пользовался безграничной любовью матери, которая его боготворила. Повторный брак матери воспринял в «штыки», долго не мог поладить с отчимом. Особенно его раздражала привычка отчима «плохо обращаться с мамой», когда тот был нетрезвый. Был свидетелем суицида отчима, когда его спас сосед, вытаскив из петли. Любил читать, особенно приключенческую литературу. Хорошо помнит момент, когда «мама вдруг изменилась», из всегда веселой, заботящейся и любящей, вдруг стала «усталой», стала часто и подолгу болеть, меньше времени уделяла сыну, что вызывало у него обиду и злость на отчима, «от которого все и произошло». Стал чаще проводить время в дворовой компании.

Наркологический анамнез. В 13 лет впервые попробовал спиртное, стал курить. Но старался не появляться дома с запахом сигарет или спиртного, чтобы не расстроить мать. К наркотикам, тем не менее, в этот период относился крайне отрицательно, хотя его друзья часто курили «травку». До 15 лет от их приема отказывался. Хорошо помнит тот день, когда первый раз попробовал героин. Отчим накричал на мать, говорил, что она «больная вся», что он еще молодой и найдет себе другую. Е. был свидетелем этой сцены, пережил ее очень тяжело, готов был убить отчима. Вечером этого же дня выступил инициатором приобретения и приема героина. Через три месяца регулярно употреблял героин. Спустя два месяца про это узнали родители (рассказал сам — назло отчиму).

Наркологическая и суицидологическая семейная динамика с момента идентификации Е. как героинового наркомана: этот период (с 15,5 лет подростка до 18) характеризуется постоянной борьбой его родителей с болезнью при выраженной пассивной позиции ребенка, который длительное время продолжал наркотизацию в «ужасной» по его словам компании (где были несколько человек ВИЧ-инфицированы). Знал, что может заразиться, но «было все равно», хотя раньше никаких антивитальных паттернов поведения не демонстрировал.

В это время значительно поменялись оба родителя. Для отчима этот период соответствовал четвертому периоду его алкогольного анамнеза (спонтанное, длительное прекращение употребления алкоголя), все силы посвящал попыткам лечения ребенка, испытывал угрызения совести по поводу того, что не смог стать хорошим отцом. Мать снова стала прежней, стеничной и гиперзоботящейся. Неоднократно обращались за наркологической помощью, однако обычно дело дальше детоксикации не шло. Характерно, что, несмотря на очевидные неудачи в лечении, ни Б., ни М. за это время не отмечали каких-либо аутоагрессивных тенденций. М. с удивлением для себя заметила, что практически вся соматическая патология исчезла, вновь появилось ощущение жизни, собственной необходимости. Это продолжалось вплоть до окончания долгосрочной терапии Е. в 1999 г. Е. с этого времени и до 2008 г. воздерживается от приема ПАВ; спустя полгода с момента окончания терапии женился и стал жить отдельно от родителей в другом городе. Свадьба и переезд сына ознаменовали наступление нового этапа в отношениях Б. и М., который разительно напоминал период до возникновения у Е. наркомании: Б. периодически снова стал выпивать (пятый этап его наркологического анамнеза), запои носили короткий характер (до 2—3 дней), пил «только качественные спиртные напитки», светлые промежутки достигали 2,5 мес. Нетрезвый был агрессивен в отношении жены, часто бил ее, стал беспредметно ревновать. Супруга период с 1999 по 2004 гг. характеризует как самый тяжелый в своей жизни. Потеряла смысл жизни, жила с мужем «по инерции», многократно отмечала появления суицидальных мыслей, снова стала часто болеть. Единственным «светом в окошке» был сын и родившаяся внучка. Е. после отъезда прервал отношения с отчимом, М. с удовольствием уезжала в гости к сыну, чем вызывала еще большую агрессию со стороны мужа. В 2006 г. после очередной ссоры с пьяным мужем решила покончить с собой. Тщательно планировала предстоящий суицид, всю свою жизнь представляла как одно большое фиаско. В момент этих размышлений М. впервые пришла к мысли развестись с мужем. Через два дня М. подала заявление на развод, чем спровоцировала 2-месячный запой у Б. Эти два месяца жила у сына. Через месяц состоялся развод. С этого времени живет в другом городе, с бывшим мужем не общается, знает про его судьбу от бывших соседей. За два последующих года «впервые занялась собой», периодически приезжала на поддерживающие сессии, чувствовала себя впервые за много лет счастливой. Практически перестала болеть, «болезни вдруг стали вылечиваться», суицидальных мыслей не отмечает. Появились новые знакомые, в последние три месяца до последней сессии начала встречаться с мужчиной, но «без серьезных намерений», с ее слов, ее избранник — первый из ее муж-

чин, кто не имеет проблем с алкоголем (при этом часто в разговоре вспоминает сценарные мотивы своего прежнего поведения).

Б. после развода начинает интенсивно пить, затем последовало его увольнение с занимаемой должности и стремительная социальная и личностная деградация (что соответствует шестому этапу наркологического анамнеза). В середине 2008 Б. самостоятельно обратился за наркологической помощью. Однако спустя два дня заявил, что лечиться не будет и справится сам, так как «все понял», на приеме был трезвый. В конце 2008 г. Б. после запоя длительностью порядка трех месяцев покончил с собой.

На рис. 1 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

В данном случае описан вариант многоуровневого типа передачи эпикрипта, который хорошо прослеживается во временном континууме. Первый этап передачи деструктивного сценария от мужа супруге является, скорее, не таким уж редким явлением (вероятно, имеет место недодиагностика подобных состояний в клинической практике в связи с недостаточной разработанностью темы) и является секретным контрактом в некоторых браках, когда один партнер (обычно партнер с подвижным недеструктивным сценарием) принимает эпикрипт другого, освобождая, таким образом, носителя сценария, по

меньшей мере временно, от его трагической судьбы [2, 8]. Однако на следующем этапе следует вторичная передача деструктивных установок сыну. Дети, по данным F. English, достаточно часто выступают реципиентами для родительского сценария [9], этот момент интуитивно знаком большинству детских психиатров и психотерапевтов и объясняет тот факт, что, когда ребенок, являющийся носителем эпикрипта, уезжает из дома или погибает, другой ребенок передвигается в эту роль либо эпикрипт возвращается первоначальному владельцу. В нашем примере сын является вторичным реципиентом эпикрипта, но идентифицирован он был как банальный героиновый наркоман, однако дальнейшие события жизни семьи Б. расставляют все на свои места. После удачного лечения наркомании Е. на уровне работы со сценарными механизмами поведения, закончившегося принятием нового решения «Жить», начинается обратное движение «локомотива» саморазрушения: сначала обратно к матери, а затем к страдающему алкогольной зависимостью отцу. Образно можно констатировать, что пущенный бумеранг вернулся владельцу. Сама F. English описывала эпикрипт как игру в горячую картошку, которую игроки перебрасывают из рук в руки, чтобы не обжечься... [9]. В любой подобной игре бывает «последний игрок» и далеко не всегда это тот, кто ее начал, как это представлено в нашем наблюдении.

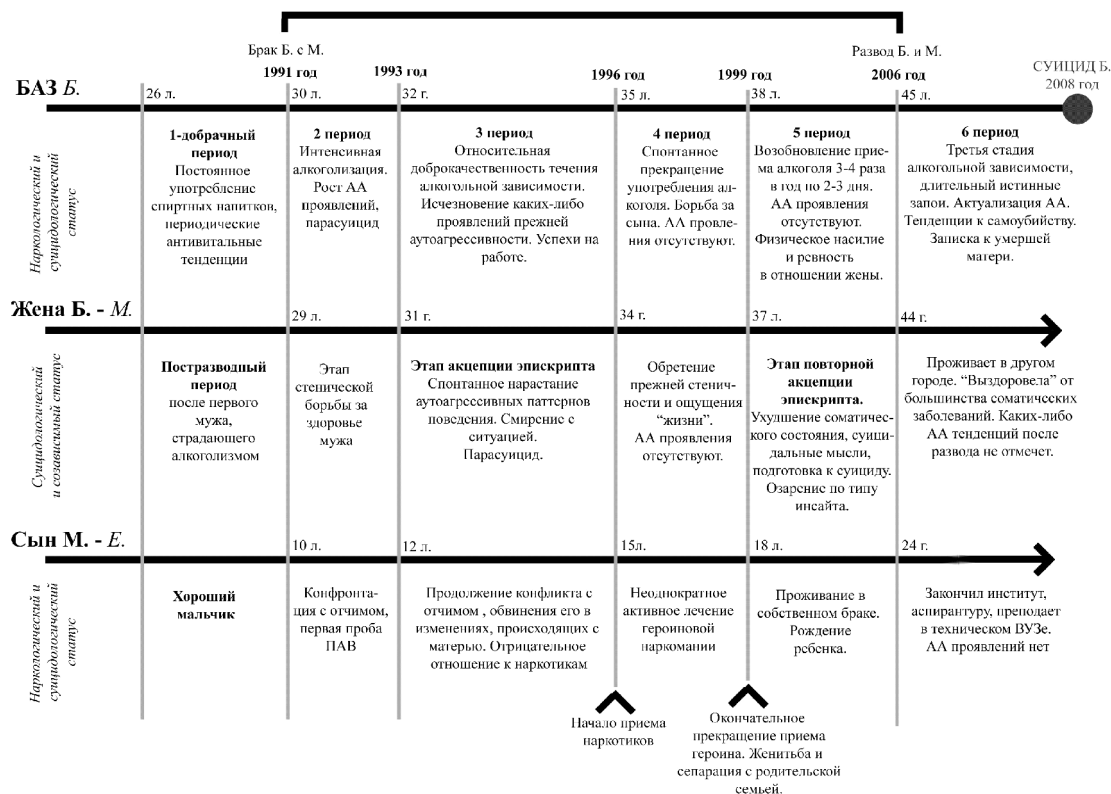


Рис. 1. Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении №1: АА — аутоагрессия; Б.З. — большой алкогольной зависимостью

Следующий пример еще более необычен. Если традиционно для «алкогольного» брака сам мужчина, страдающий алкогольной зависимостью, выступает в роли главного патологизирующего ситуацию субъекта, а окружающие его другие члены семьи — в виде пассивного, реже активного, страдающего элемента — созависимая модель, или в роли акцептора деструктивного сценария — эпискрипт модель (пример, приведенный выше и [3]), то в данном случае передача деструктивного сценария на саморазрушение исходит от супруги, по сути, создающей и формирующей мужа-акцептора эпискрипта.

Наблюдение №2

Больной С., 38 лет, по профессии врач-гинеколог. Находился на амбулаторном наблюдении с 2003 по 2007 гг. Диагноз: *алкогольная зависимость, II стадия, высокопрогредиентное течение, псевдозапойный тип злоупотребления алкоголем.*

Анамнестические сведения. Никто из близких родственников алкоголем не злоупотреблял. Раннее развитие без особенностей, второй ребенок в семье. Мать характеризует как властную, «главную в семье», отца — как спокойного «подкаблучника». С успехом окончил школу, затем институт. По характеру всегда был спокойным, «скорее нерешительным». Женился сразу после института на однокурснице. Впоследствии супруга по поводу женитьбы заявляла: «Я просто выбрала его, иначе он бы со своей матерью никогда не женился...». Отношения через полгода стали конфликтными, супруга стала проводить много времени со своими подругами, неоднократно изменяла мужу. Долгое время не могла забеременеть (3 года), первая и единственная беременность закончилась выкидышем на раннем сроке. В результате С. стал все более отдаляться, у него появилась «мужская компания», стал часто выпивать, чтобы расслабиться и забыться, периодически не ночевал дома. В 35 лет подал на развод, так как жизнь с женой стала «совершенно невыносима» вследствие ее прямых конфликтов трезвой жизни пациента после проведенного лечения. В настоящее время женат второй раз, в браке счастлив, имеет от брака близнецов.

Наркологический и суицидологический анамнез. С. в первый раз попробовал спиртное в 19 лет в институте, эффект алкоголя крайне не понравился, поэтому впоследствии алкоголь употреблял только «по праздникам», сторонился пьющих компаний, увлекался спортом. После трех лет брака «стал искать понимания вне семьи, так как семейная жизнь оказалась кошмаром», постепенно нашла компания, в которой начал более-менее регулярно употреблять спиртные напитки, регулярно стал злоупотреблять алкоголем примерно через год после этого, спустя еще год появился четкий похмельный синдром (возраст — 28 лет). Похмельный синдром носит разверну-

тый характер с выраженными соматоневрологическими явлениями. Периодически употреблял различные сурrogаты алкоголя. Появилась различная алкогольассоциированная соматическая патология (язвенная болезнь 12-перстной кишки, гипертоническая болезнь, «какие-то проблемы с печенью и поджелудочной железой»). В последующие 3 года неоднократно обращался за наркологической помощью по инициативе жены (хотя она алкоголиком его не считала). Однако срок терапевтических ремиссий не превышал двух месяцев. Расценивал свою жизнь, включая семейную, как неудавшуюся. Отмечал периодические пассивные суицидальные мысли. Заметил, что состояние жены после того, как он стал «серьезно» выпивать, изменилось, стала более заботливой, менее вспыльчивой, больше времени уделяла мужу. В возрасте 34 года прошел антиалкогольное лечение, последовала ремиссия сроком 3 года (срок лечебного воздействия — 3 года), после чего «на всякий случай» продлил срок лечебной программы на 15 лет. Супруга в лечении принимать участие отказалась, считая, что у мужа «просто глупость, а не болезнь», несмотря на неоднократные просьбы терапевта и собственные профессиональные знания. Спустя полгода жена стала явно провоцировать мужа выпить (отметил это сам), стала агрессивной, вспыльчивой, сама снова стала часто выпивать в компании подруг и устраивать мужу скандалы в состоянии опьянения, что послужило формальной причиной развода.

Т., бывшая супруга С., по профессии врач. Покончила жизнь самоубийством в возрасте 35 лет.

Анамнестические сведения и суицидологический анамнез. Отец злоупотреблял алкоголем, умер в 50 лет от печеночной недостаточности. Раннее развитие без особенностей, росла импульсивной, «скандальной», но школу окончила с отличием. Еще в седьмом классе начала курить, алкоголь попробовала тогда же. В возрасте 15 лет была попытка изнасилования взрослым мужчиной. Успешно окончила медицинский институт, приобрела специальность врача-психиатра. До брака с С. неоднократно пыталась покончить жизнь самоубийством (две попытки самоотравления «из-за неудавшейся любви» — в 17 лет и в 21 год, одна из-за несданного экзамена в институте — резала вены). Сама утверждала, что все попытки носили демонстративно-шантажный характер. После замужества «тихий период» длился полгода, после чего поняла, что с мужем ее мало что связывает, очень хотела забеременеть «чтобы была нормальная семья», но в течение трех лет беременность не наступала. Стала основным время проводить с институтскими подругами, часто выпивали. Мужу верность не хранила. После очередного конфликта (по поводу собственного поведения) в состоянии алкогольного опьянения пыталась отравиться димедролом (выпила 50 таблеток), сама спустя 5 мин промыла желудок. Свое парасуицидальное поведение расцени-

вала «как истерию в чистом виде, осложненную бытовым пьянством». После того, как у мужа появились «проблемы» со спиртным, активно в течение последующих семи лет пыталась «помочь» ему справиться с проблемой, хотя больным его фактически не считала, была уверена, что он излишне ипохондричный, а врачи «гипердиагности и она сама лучше знает». В этот период семейной жизни отмечает в целом улучшение отношений, лучшее взаимопонимание с мужем, чувство наполненности жизни. Практически прекратила сама употребление алкоголя, каких-либо суицидальных тенденций не отмечала, утверждала, что это пережитки молодости и она «прошла это время». Была успешна в профессиональной деятельности, много занималась общественной работой. При начале терапии мужа (2003 г.) отказалась от участия в супружеском варианте терапии, заняла крайне пассивную позицию. Связывала это с географической удаленностью и «непониманием метода и смысла терапии» при формально очень высоком уровне интеллекта и уровне профессиональных знаний. После полугода успешной и гармоничной ремиссии у мужа поведение Т. изменилось: стала раздражительная, возобновились скандалы, заметно чаще стали праздники с обязательным приемом алкоголя. Открыто смеялась над трезвой жизнью мужа, предлагала выпить, так как «все равно когда-нибудь напьемся», в нетрезвом виде оскорбляла его. Все его просьбы о ее терапии в рамках лечения созависимого состояния отвергала. С. спустя год подал заявление на развод, однако Т. была абсолютно уверена, что муж от нее никуда не уйдет. Развод у Т. вызвал, со слов мужа, шок и непонимание, была уверена, что скоро этот «фарс» закончится. Спустя год после развода покончила с собой (повесилась), находясь в алко-

гольном опьянении, записки не оставила (информация получена со слов матери Т.).

На рис. 2 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

Данный пример в большей степени показывает возможность алкоголизма становиться орудием акцепции деструктивного эпискрипта, а также генетическую связь алкогольной зависимости как орудия саморазрушения с феноменом аутодеструкции вообще.

В обоих приведенных наблюдениях мы отчетливо можем проследить все этапы передачи деструктивных сценарных конструктов (эпискрипта): первичное носительство саморазрушающего сценария жизни; его передача с ощущением «облегчения»; акцепцию эпискрипта; реализация инкорпорированной деструктивной программы реципиентом; возвращение эпискрипта первичному носителю (последний этап, по-видимому, не является обязательным и представляет собой, скорее, исключение из правил). Нам думается, что реципиент чаще забирает эпискрипт «навсегда», реализуя его до финальной черты. Мы считаем, что в таких случаях имеет место и достаточно активный поиск потенциальным акцептором будущего донора сценария. При этом варианте реципиент бессознательно, а в ряде случаев и осознанно занимает роль «трагического» героя, который готов пострадать «в ваше же спасение», являя собой извращенное понимание основной христианской доктрины. Подобные случаи, скорее, не рассматриваются терапевтами как возможный вариант эпискрипта и лечебная модель строится без привлечения, по сути, главного действующего лица либо оно впоследствии остается безоружным перед фактом возвратившегося деструктивного сценария.

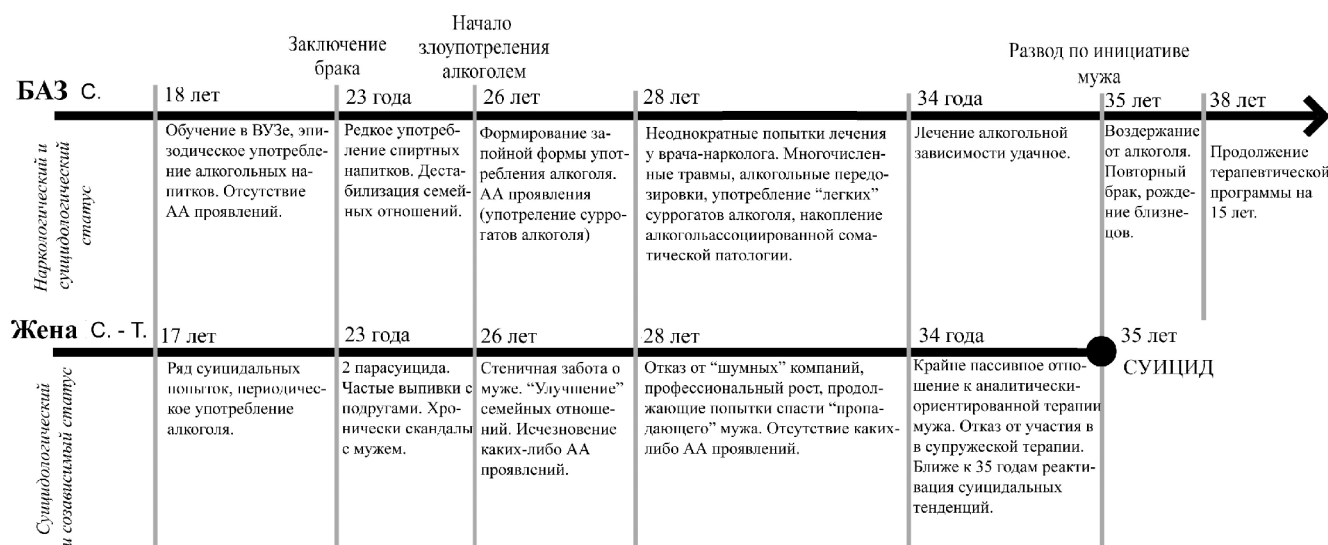


Рис. 2. Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении №2: АА — аутоагрессия; БАЗ — большой алкогольной зависимостью

Выводы

1. Одним из вариантов динамики семейной системы у больных алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик, является эпискрипт-модель.

2. Принимая во внимание вышеизложенные примеры, можно предположить существование как минимум двух вариантов эпискрипт-модели в алкогольных браках: с элементом возвращения деструктивной программы первичному носителю и без такового.

3. В наркологической и суицидологической практиках важно помнить о возможности присутствия феномена эпискрипта для более адаптивной модели структурирования лечебного процесса и формирования динамического взгляда на морфогенез болезней зависимости (особенно в контексте семейной динамики).

4. Идентификация эпискрипта является специфическим проводником к самому сценарию и позволяет более гибко строить терапевтическую программу зависимо-созависимой диады.

Список литературы

1. Зайцев С.Н. Созависимость — умение любить: Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. — Н. Новгород, 2004. — 90 с.
2. Майер Ф., Минирт П., Хемфеот Р. Выбираем любовь (Борьба с созависимостью). — М.: Триада, 2005. — 320 с.
3. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью // Наркология. — 2010. — №3. — С. 77—80.
4. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 336 с.
5. Парран Т.В., Липмен М.Р., Фаркас К. Проблемы болезней зависимости в семье // Вопросы наркологии. — 2007. — №3. — С. 78—88.
6. Проблемы семьи, отягощенной алкогольной зависимостью: Актуальность. Диагностика. Коррекция / И.А. Кибальченко и др. — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 478 с.
7. Стюард Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. — М.: Социально-психологический центр, 1996. — 332 с.
8. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. — М., 2000. — 20 с.
9. English F. Episcrypt and the «hot potato» game // Transactional Analysis Bulletin. — 1969. — Vol. 8. — P. 77—82.
10. Steward I. Developing Transactional Analysis Counselling. — London, Thousand Oaks, New Delhi, «SAGA Publications», 1996. — 286 p.

FAMILY DYNAMICS OF SELF-DESTROYING BEHAVIOUR PATTERNS IN ALCOHOLICS' FAMILIES FROM THE POINT OF VIEW OF EPISCRIPT MODEL

MERINOV A.V., SHUSTOV D.I.

The article studies some script mechanisms found in alcoholic's families and known as episcrypt. The dynamics of relations in alcoholic's family taking into account drift of autoaggressive behaviour patterns and changes of narcological characteristics of primary disease have been described. Clinical variants of development of episcrypt model of family relations have been suggested. The given information can help to make therapeutic correction program of dependent and co-dependent relations more flexible.

Key words: autoaggressive behaviour, alcoholic's family, co-dependence, episcrypt