

АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И АДДИКТИВНАЯ ЛИЧНОСТЬ

2.1. Этиопатогенез алкогольной зависимости

Употребление этилового алкоголя в его разных привлекательных и непривлекательных формах является главным этиологическим звеном алкогольной зависимости. Казалось бы, непреложный факт. Однако алкоголь — уникальное вещество: от него могут психологически страдать люди, не употребляя его. Имеются в виду так называемые первичные абстиненты и значительная часть ближайших родственников алкоголиков. Первые, принципиально не употребляя алкоголь на фоне его разрешенности и вседоступности являются группой риска развития психосоциальных проблем и слабой интеграции в общество (Pedersen W., 2013). Вторые эмпатически отражают драматическую борьбу между нормативными и алкогольными частями внутри личности их пьющих родственников, принимая эмоциональные перипетии этой борьбы: депрессию, гнев, растерянность, беспомощность — в качестве собственного психического опыта.

Популярность алкоголя обусловлена его способностью вызывать эйфоризирующий эффект, или чувство радости. Помимо свойства донатора радости, алкоголь обладает анксиолитическим или противотревожным эффектом, антифобическим эффектом, миорелаксирующим (расслабляющим) и седативным эффектами. То есть алкоголь выступает как своеобразный транквилизатор и антидепрессант. Однако обладая вышеназванными эффектами, алкоголь не может снять или даже «прикрыть» многонедельный приступ большой депрессии в рамках биполярного депрессивного расстройства или вылечить тревожное расстройство. В этом смысле он не может конкурировать с современными психотропными препаратами. При употреблении зависимыми лицами алкоголя с целью купировать депрессию и тревогу, последние еще более обостряются вскоре после выпивки, формируя порочный круг, способствующий и алкогольной зависимости, и существованию эмоциональных проблем (Peele S., 1990).

Трансакционный аналитик Джон Дюсей иллюстрирует последовательное действие возрастающих доз алкоголя на личность как

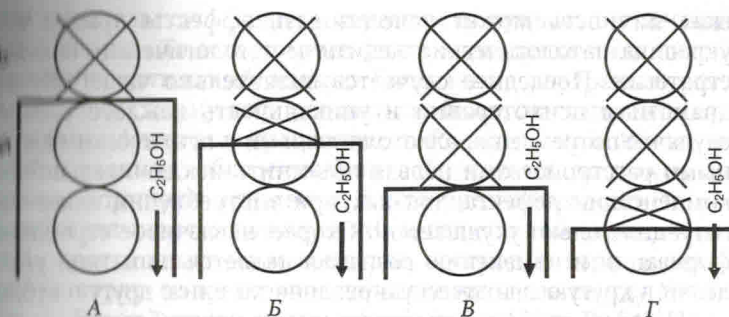


Рис. 2. Действие алкоголя на личностные структуры согласно идее Дюсея (Dusay J., 1971) (объяснение в тексте)

ситуацию Родительский и социальный контролирующей пресинг в ситуации А; затрудняющее рациональное поведение и ситуационный контроль Взрослого эго-состояния в ситуации Б; и наконец, в ситуации В и Г приводящее к регрессии и инфантильному поведению (рис. 2) (Dusay J., 1971). Данная последовательность хорошо известна. Алкоголь, будучи легко дозируемым веществом с широким диапазоном между «лечебными» и токсическими дозировками, используется в качестве корректора личностных девиаций, например облегчая коммуникацию между представителями разных полов, уменьшая застенчивость (Zimbardo P. G., 1977).

При действии алкоголя последовательно исключаются: эго-состояние Родитель вместе с семейными и культурными ценностями и моральными нормами А; эго-состояние Взрослый вместе с рациональным мышлением и пониманием нравственного поведения В; эго-состояние Ребенок сопротивляется дольше всех остальных, причем сначала он «отдается» исключительно эмоциональной жизни и действует по «принципу удовольствия» В, но по мере нарастания интоксикации у Ребенка остаются инстинктивные и примитивные формы реагирования Г. Полное исключение эго-состояния Ребенок означает физическую смерть.

Однако вульгарное использование алкоголя для коррекции характерологических особенностей не нашло поддержки в медицинских кругах даже не из этических соображений, связанных с опасностью развития привыкания и зависимости, а из-за отсутствия позитивного действия алкоголя на патологически измененную личностную структуру. Алкоголь может способствовать компенсации патологических черт, не перестраивая их, и, наоборот, патологиче-

ская личность может использовать эффекты приема алкоголя, укрепляя патологические защиты и патологические поведенческие стратегии. Последнее случается значительно чаще, обуславливая драматизм психотерапии и уникальность каждого клинического случая. Употребление алкоголя людьми с психическими и личностными расстройствами нельзя объяснить исключительно с позиций компенсации дефекта, так как при употреблении алкоголя общая ситуация только ухудшается¹. Скорее, навязчивое стремление к эйфоризации и изменению сознания является попыткой уйти от болезни в другую психическую реальность или в другую субличность.

И все же широкое распространение употребления алкоголя среди здорового населения можно объяснить стремлением улучшить качество жизни за счет ощущения «праздника, который всегда с тобой»², компенсации быстропроходящих постстрессовых нарушений и легких личностных дисгармоний. Эти нарушения и дисгармонии в принципе могли бы устраняться и другими путями, а ощущения праздника, безопасности и влюбленности, называемые человеческим счастьем, скорее достижимы вне алкоголя, чем с его помощью.

Однако с помощью алкоголя эффект счастья достигается немедленно. И у значительной части людей потребность быть максимально и немедленно вознагражденным лежит в основе регулярного употребления алкоголя. Обратная сторона этой потребности — импульсивность, свойственная молодым людям и во многом определяющая их дальнейшую «алкогольную» судьбу (Sloan P. [et al.], 2011; Adams Z. [et al.], 2013). Руди Вучинич и Джали Такер (Vuchinich R., Tucker J., 1998) доказывают, что индивид прибегает к употреблению алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ) в случаях, когда у него имеется дефицит других ценных и приятных занятий или видов деятельности, либо полностью отсутствует доступ к ним, либо этот доступ требует дополнительных усилий. Вспоминания известных алкоголиков-артистов, поэтов, писателей, людей, чья жизнь была насыщена и интересна, полна наград, признания и любви, можно поспорить с авторами вышеприведенной теории. Хотя еще в 1974 г. Клод Штайнер (Steiner C., 1974) описывал основную сценарную линию зависимых лиц как жизнь «без радости»

¹ Есть редкое исключение из этого правила — так называемый грегеровский алкоголизм, компенсирующий шизофренический дефект (Graeter K., 1909).

² Название романа Эрнеста Хемингуэя о Париже. Автор страдал алкогольной зависимостью и покончил жизнь самоубийством, повторив сценарий своего отца (см. Goodwin D. W., 1970).

результативные родительского запрета переживать приятные телесные ощущения в детстве. То есть помимо факта «праздника» или внешнего признания достижений должно быть также внутреннее разрешение человека самому себе радоваться, быть счастливым и самодостаточным. Алкоголь преодолевает Родительский запрет и внутренний механизм обесценивания собственных достижений, вызывая или формируя ощущение биологической радости независимо от уровня развития интеллекта и социальной успешности. Алкоголь — просто химическое вещество, которое, говоря словами Штайнера, на короткое время «восстанавливает связь между Центром («Я», — Прим. авт.) и телом» (Steiner C., 1974. P. 141), позволяя испытывать животную, давно утраченную, безотносительную радость¹.

Исследования животных (крыс, приматов), предпочитающих есть и не предпочитающих, но и не отказывающихся) употребление алкоголя и других ПАВ, позволило установить определенные зоны в мезолимбической дофаминовой системе мозга (*ventral tegmental area* и *nucleus accumbens*), ответственные за переживание «вознаграждающих» эффектов алкоголя и наркотиков. Данные зоны установлены и у людей и в своей совокупности названы «системой вознаграждения» (Wise R., 1989). Определен и основной нейромедиатор удовольствия — дофамин (ДА), соединяющийся с D2-ДА-рецепторами. Повышение плотности D2-ДА-рецепторов связано с биологическим выживанием за счет улучшения социальных и сексуальных взаимодействий (установлено на приматах), а пониженная плотность определяет склонность к приему наркотиков. Количество ДА-рецепторов в зоне вознаграждения регулируется и генетически (Mikolova Y. S. [et al.], 2011), и за счет факторов социальной среды: например, снижается в результате факторов стресса (Morgan D. [et al.], 2002).

Интересен феномен *needle freak*², когда в момент укола, еще до поступления дозы в кровь, наркоман испытывает эффект, близкий к наркотическому. То есть на уровне предвосхищения возможна активация составляющих зоны вознаграждения, возможно, за счет условно-рефлекторных стимулов — укола, вида и запаха бара и др.

¹ Русский лауреат Нобелевской премии по литературе писатель-алкоголик Иван Бунин так описывает это чувство: «Ах, эта вечная русская потребность праздника! Как чувственны мы, как жаждем упоения жизнью, — не просто наслаждения, а именно упоения, — как тянет нас к непрестанному хмелю, к запою, как скучны нам будни и планомерный труд!» (Бунин И. А., 2008).

² *Needle freaks* — термин, которым в английском языке описывают наркоманов, получающих удовольствие от процесса самостоятельного инъекционного введения наркотика.

Дж. Алан Марлатт и Джудит Гордон (Marlatt G. A., Gordon J., 1985/2005) — авторы терапевтической технологии профилактики рецидивов — писали о «скрытых медиаторах» рецидива, которые опосредуются позитивными ожиданиями от приема психоактивных веществ: снижением дискомфорта и эйфорией. — Это клинически соответствует терминам «влечение» или «побуждение». Все время, которое проходит от выпивки до выпивки, возможно внутриспихический тренинг системы вознаграждения, сравнимый с эротическими ощущениями от фантазийного представления объекта вождления.

Согласно «модели оппонентных процессов» Ричарда Соломона и Джона Корбита (Solomon R. L., Corbit J. D., 1973; 1978), начальные приемы ПАВ индуцируют гедонистическую эйфорию или процесс А, который, в свою очередь, индуцирует некий компенсаторный процесс В, связанный с возрастанием толерантности к ПАВ, поскольку все большее и частое поступление ПАВ ведет к увеличению числа постсинаптических D2-ДА-рецепторов или росту их чувствительности. При прекращении поступления ПАВ и при его распаде на токсические метаболиты, например ацетальдегид, который в 300 раз токсичнее этанола, нарастает абстинентный процесс В, вызывающий дискомфорт. Следующее употребление ПАВ уже призвано не столько вызвать быстропроходящий эффект А, сколько купировать дискомфорт абстинентного процесса В¹. Если на стадии процесса А (положительного влечения и его предвкушения) большинство людей объясняет употребление алкоголя гедонистическими устремлениями («философия винотеки»), то при появлении негативного влечения (или процесса В и стремления снять дискомфорт даже не столько недавнего потребления, сколько еще не наступившего, но уже смоделированного негативного эффекта) начинают говорить о зависимости. Хотя, если быть справедливым, процесс А с увеличением толерантности (устойчивости к прежним дозам с тенденцией к повышению эйфорических доз) есть не что иное, как психическая зависимость, а абстинентный процесс В — физическая зависимость от вещества.

Людей, употребляющих алкоголь и имеющих психическую и/или физическую зависимость, называют зависимыми, то есть больными-алкоголиками или страдающими от алкогольной зависимости.

¹ В клинике данный процесс известен под названием протекающей волеобразно протрагированной абстиненции, длительность которой может быть от нескольких месяцев до нескольких лет с момента прекращения употребления алкоголя (Scholz H., 1982; Assmann G., 1989).

В учебниках и руководствах подробно и красочно описано течение алкогольной зависимости. Большинство психиатров это заболевание признано хроническим, прогрессирующим, малообратимым, особенно на стадиях органического изменения личности, и, следовательно, малокурабельным¹.

Кратко остановимся на клинической динамике алкогольной зависимости. Мы приведем отечественную классификацию АЗ по стадиям (Стрельчук И. В., 1966; Григорьев В. И., 1970; Портнов А. А., Натанская И. Н., 1973). Она была сделана в условиях социального эксперимента (1917) и отражала основной групповой популяционный срез: все отклонения, не соответствующие групповому догмату, вытраковывались².

¹ В связи с этим популярны следующие лозунги: 1) Лозунг «Лечение может помочь» более точен, нежели «Лечение помогает» (Kleber H. D., USA); 2) «Никогда не прекращать лечиться!» (Waal H., Norway); 3) «Лечатся, но никак не излечиваются» (Sinclair D., Finland) (U.S. National Institute on Drug Abuse — Pavlov Medical University International Workshop „Pharmacotherapies for Addiction: Basic and Clinical Science“, St. Peterburg, 2003, Abstracts).

² Борис Акунин в своем блоге от 25 октября 2014 г. приводит следующую историю: «...Евгений Дмитриевич Поливанов был человеком не хорошим и не плохим, то есть и хорошим, и плохим. Может быть, он вообще не придавал значения нравственности — такое складывается впечатление, когда считаешь что-то чудачества. Или же у него была своя собственная этика. Кажется, он много брал чужое. И так же легко отдавал свое, иногда последнее. Вроде бы очень любил жену, но в то же время вроде бы имел и еще одну, которую тоже очень любил. ...В известном романе Вениамина Каверина „Скандалист“ Поливанов выведен под именем переводчика Драгоманова. „Его лингвистические работы по тонкости догадок человеческому уму почти непонятны, — говорит друг Драгоманова коллеги. — Третьего дня он явился на лекцию... в подштанниках. Его подозревают — и не без оснований — в тайной торговле опиумом. Выгоните его!“ Сам автор о Драгоманове-Поливанове пишет: „Его боялись. Все знали, что он наркоман, что у него темное прошлое неудачника, путешественника, игрока...“ Реальный Поливанов плюс к тому был еще одиозен. Повернул кисть на рельс, и ее отрезало. То ли хотел что-то себе доказать, то ли был под воздействием каких-нибудь препаратов... Наркоман? Да, причем тяжелейший. Сначала кокаинист, потом прочно сел на героин. В бутырском медзаключении сказано: „3/к Поливанов, страдающий наркоманией, нуждается ежедневно в 2-кратной инъекции героина“. Однако не похоже, что аддикция хоть как-то притупляла его необычайно острый и мощный интеллект. ...Поливанов всю жизнь интересовался сложным и необычным. Знал множество редких языков, сколько — точно неизвестно. Одни пишут, что восемнадцать, другие — что двадцать восемь... Был гениальным лингвистом, специалистом по диалектам. В годы Большого Террора всех богатейшей отечественной японистики, разумеется, взяли, одного за другим... объявили шпионами. Конечно, пытали. Поливанова и Невского расстреляли (жен тоже живыми не выпустили)... Господи, у нас не было ни одной отрасли науки, ни одного направления культуры,

КОНТАКТ, КОНТРАКТ И АЛЬЯНС

4.1. Контакт и мотивирование. Первая сессия

Всегда ли нужен предварительный контакт с алкогольным «Я» клиента?

Возможно, что случаи удачной психотерапии АЗ за один сеанс — это результат прямого «попадания» в нормативную часть личности зависимого.

Многие практические психотерапевты, имеющие дело с амбулаторными алкоголиками, удивляются вниманию, уделяемому мотивированию в стационаре. Основную работу по мотивированию алкоголиков дома проводят представители непрофессиональной системы помощи — члены семьи, сотрудники по работе, врач-соматических клиник и, наконец, полицейские. Вернон Джонсон (Джонсон В., 2012) — терапевт Бетти Форд¹ — описывает драматические постановки² команды родственников и авторитетных служащих, срежиссированные и заранее отрепетированные, призванные конфронтровать алкогольное «Я» и убедить нормативное «Я» лечиться. Поэтому профессиональные психотерапевты встре-

¹ Супруга президента США Джеральда Форда, занимавшего эту должность в 1974–1977 гг., страдала алкоголизмом и наркоманией.

² Вернон Джонсон предлагает следующие шаги для сформированной команды убеждения: выборы председателя (желательно начальника на работе), подробная проработка каждого пункта письменных претензий участников к алкоголику, определение очередности выступающих на сеансе убеждений, выборы «зависимого» для репетиции, определение ответных аргументов на выражения зависимого, проведение репетиции, следование пяти принципам убеждения: 1) в команде должны быть авторитетные люди, чье мнение для зависимому небезразлично, 2) каждый из авторитетов записывает конкретные поступки зависимого, связанные со злоупотреблением, 3) все авторитеты по очереди, без осуждения рассказывают зависимому о том, что по его мнению происходило в их жизни, 4) зависимому предлагают конкретные варианты лечения либо заключение контракта на случай, «если он снова начнет пить тогда...», 5) когда зависимый соглашается принять помощь, ее необходимо предоставить немедленно. Зависимый во время сеанса убеждения должен быть трезв (Джонсон В., 2012).

уже «готовых» (находящихся в нормативном «Я») клиентов «Я», и все, что им надлежит сделать, — это не испортить контакт с здоровым «Я» неосторожным словом или внешним видом. Существует ряд формальностей, которые могут помочь избежать прямого столкновения с алкогольным «Я»: например, психотерапевт готов говорить с клиентом только на второй — третий день трезвости, а проводить какие-либо психотерапевтические вмешательства — на двенадцатый — четырнадцатый день абсолютной трезвости после исчезновения явлений алкогольного абстинентного синдрома. И в этом есть большой смысл. Совсем не обязательно контактировать с алкогольным «Я», чтобы с помощью нормативного «Я», неспецифических и специфических психотерапевтических приемов оставить «Аддикта»¹ без алкогольного топлива. Существует плеяда специалистов, которые и не подозревают о существовании «Аддикта» у своих алкогольных пациентов, ориентируясь исключительно на шаблон процедуры, эффект ожиданий и собственную убежденность в действенности первого и реальности второго. Последовательность терапевтических действий все более формализуется и представляется одним законченным целым, не существующим, если какой-то этап не был пройден или пройден с ошибкой. Психотерапия все более опосредуется от личности и терапевта, и пациента, а сама психотерапевтическая процедура становится сравнимой с употреблением одной Большой Таблетки. Плохо это или хорошо? Нет однозначного ответа. Хорошо, если врач понимает, что такое плацебо-эффект и как плацебо работает, тогда он находится в эго-состоянии Взрослый, игнорирует все попытки «Аддикта» обратить на себя внимание, отказывая ему и в отрицательных, и в положительных поглаживаниях, и разрешает² Ребенку клиента «не пить» длительное время. Плохо, когда в стандартную процедуру «дачи лекарства» вмешивается человеческий фактор врача — именно грандиозность и ощущение всемогущества. Всемогущество — это не функция Взрослого, а функция Ребенка или Родителя, поэтому реальная ситуация при выдаче плацебо отслеживается не полностью. Взрослый клиента может поставить под сомнение терапевтический миф, а его Родитель, реагируя на «обман», может разгипнотизировать Ребенка, и тогда в ситуацию может включиться «Аддикт», инициируя манипулятивные игры.

¹ Синоним алкогольного «Я» (см. гл. 2).

² Разрешение — функция Родителя. В ситуации опосредованной психотерапии структурный Взрослый терапевта «маскируется», выполняя, несомненно, Родительские функции. Это хорошо, когда Взрослый терапевта осознает ситуацию и свою роль в ней.

Наблюдение 8

Контаминированный (см. гл. 2) Взрослый зависимого мужчины обратился к знакомому врагу-кардиологу, дальнему родственнику жены, за разъяснением того, «как действует кодирование». Кардиолог, озабоченный уважительным вниманием «Аддикта», объяснил эффект плацебо, используя слова «обман» и «легковерный человек». Только узнав об отягченном алкогольном эксцессе своего любознательного знакомого, кардиолог смог оценить свой «информированный вклад в срыв терапевтической ремиссии».

Еще один известный «маневр» Всемогущего терапевта — это как проводить повторное лечение после срыва терапевтической ремиссии. Длительность повторных ремиссий после, казалось бы, однотипного сеанса значительно сокращалась, что вызывало удивление у Всемогущего терапевта и «понимание» алкогольного «Я» пациента, играющего в «лечение».

Мы предполагаем, что первый и заключительный контакт с нормативным «Я» без какого-либо участия «Аддикта» происходит со значительным большинством пациентов, имеющих, во-первых, более или менее гармоничную личностную структуру и, во-вторых, решение лечиться, принятое самостоятельно с минимальным давлением посторонних лиц. Наше предположение подтверждается приведенными в гл. 3 данными, что по мере увеличения срока абстиненции в рамках терапевтической ремиссии от года и более уже ко второму году из выборки «исчезают», «срываются» люди с тяжелыми личностными расстройствами — нарциссическим, антисоциальным и пограничным, тогда как к сроку ремиссии больше 3 лет значимо увеличивается число людей с гармонически развитой личностью или, по выражению Т. Горски (2013), людей «не из дисфункциональных семей».

Контакт в присутствии алкогольного «Я». Мотивационное интервью

Мотивационное интервью (МИ) происходит при мотивировании трезвых молодых пациентов с отсутствием полного осознания своего состояния, пациентов с личностными расстройствами стационарных пациентов после этапа детоксикации.

Колебания диссоциированных частей личности зависимого во время мотивирующего к лечению разговора с терапевтом можно объективно зарегистрировать. В работе Сары Фелдштейн Эвинг соавторами (Feldstein Ewing S. [et al.], 2011) с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (ф-МРТ) изучались реакции на предъявление вкусовых стимулов у пациентов с АЗ

после одного сеанса мотивационного интервью (Miller W. R., Rollnick S., 1991), где происходило стимулирование так называемого «разговора об изменениях». Во время проведения томографии участникам предъявляли их собственные высказывания «за» и «против» изменений, полученных в ходе сеанса МИ, после чего сразу же следовало предъявление алкогольных или кондитерских вкусовых стимулов. Высказывания «против изменений» при предъявлении алкогольных стимулов вызывали в головном мозге пациентов активизацию системы вознаграждения: передней островковой доли, задней островковой доли, передней части поясной извилины, орбитальной фронтальной коры, вентрального стриатума, дорсального стриатума — типичным для пациентов с АЗ образом. С другой стороны, предъявление высказываний в «пользу изменений» алкогольного поведения не вызывало активизации системы вознаграждения в ответ на алкогольные стимулы.

Данный пример иллюстрирует совершенно разное действие вышеназванных терапевтов компонентов амбивалентной установки пациентов с АЗ: нормативное «Я» пациента ожидает изменений от лечения, тогда как алкогольное «Я» ищет прежних «выигрышей» от привычки. Если позитивный разговор об изменениях подтверждается и отражается терапевтом, клиенты формируют больше высказываний в пользу изменений и сдвигают баланс решений в пользу отказа от выпивки (Glynn L. H., Moyers T. B., 2010).

Такой профессионально структурированный разговор называется мотивационным интервью (МИ). МИ — метод краткосрочной психотерапии для усиления внутренней мотивации пациента на достижение изменений за счет совместного с терапевтом обсуждения проблемы, в ходе которого выявляется, исследуется и разрешается амбивалентность пациента в отношении лечения, а также определяются мотивационные процессы личности, которые способствуют осуществлению изменений (Miller W. R., 2000; Miller W. R., Rollnick S., 2009; Rollnick [et al.], 2008).

МИ использует принципы клиент-центрированного подхода Карла Роджерса (2002), в соответствии с которым подчеркивается ответственность клиента за собственное изменение и за его потенциальные возможности сделать это изменение. Авторы подхода считывали особый «дух» МИ — клинический «способ бытия» с пациентом, основанный на трех элементах: сотрудничестве (а не конфронтации), индукции («выведения», «извлечения» собственной мотивации к изменению у пациента, а не навязывания идей терапевтом) и автономности пациента (а не авторитета врача) (Miller W. R., Rollnick S., 1991). Атмосфера контакта в МИ позволяет пациенту формировать мотивацию, благодаря которой он сам

иницирует, осуществляет и поддерживает изменения в своем поведении. Клинический подход базируется на пяти принципах мотивационной психологии: 1) выражении эмпатии; 2) формировании понимания несоответствия (помощи пациенту в осознании несоответствия между «тем, где он/она» и «где он/она хотел бы быть»); 3) избегании споров (конфронтации, диагностических выпадов для профилактики активизации защитных стратегий); 4) движении вместе с сопротивлением (отсутствии конфронтации, сопротивления, приглашении пациента к самостоятельному поиску мотивации); 5) поддержке самоэффективности. Основные техники концентрируются вокруг психолингвистических аспектов изменений. Терапевт, стимулируя разговор пациента об изменениях (*change talk*), фокусируется на формулировках, которые отражают возможность изменений, обозначает и исследует собственные аргументы пациента в пользу изменений с помощью техники открытых вопросов, подтверждения, отражения и обобщения. Задача психотерапевта: 1) создать условия, которые подкрепляли бы внутреннюю мотивацию клиента, стимулировали приверженность изменениям, использовали и раскрывали бы внутреннее желание, способности и ресурсы пациента, помогающие взаимоотношения, которые есть у него в реальной жизни; 2) помочь клиенту продвигаться по стадиям изменения¹ к успешному устойчивому изменению поведения. Терапевт ориентируется не столько на собственное клиническое видение больного и его потребностей, сколько на то, как сам больной определяет свою проблему, цели изменения и мер готовности (положения на спирали стадий изменений) к осуществлению данных изменений. Как правило, МИ проводится в течение одной — четырех сессий в начале лечения.

Мотивационное интервью может быть самостоятельным эффективным терапевтическим инструментом, если оно проводится с целью стимулирования естественного выздоровления или самостоятельного движения клиента по спирали изменений в транстеоретической модели Дж. Прохазки и К. ди Клементе (Prochaska J. O., DiClemente C., 1984).

Мотивационное интервью также может поощрить клиента к заключению лечебного контракта или временного соглашения на посещение терапевтических сессий и работу над составлением эффективного контракта.

Контракт, или договор, на психотерапию заключается между Взрослым пациентом и Взрослым терапевтом, использующим прямую

¹ Имеются в виду стадии транстеоретической модели Прохазки и К. ди Клементе (Prochaska J. O., DiClemente C., 1982).

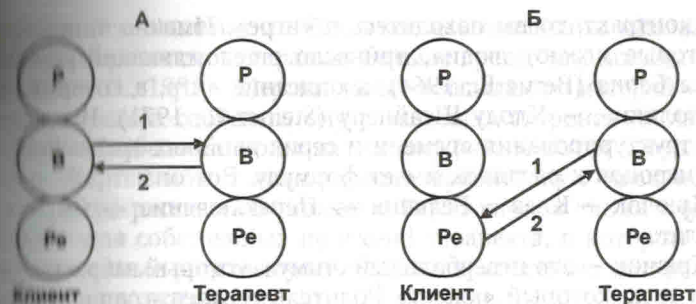


Рис. 6. Контракт и временное соглашение:

Контракт: транзакционный стимул (1) с просьбой о лечении идет из В клиента к В терапевта; транзакционная реакция (2) о согласии идет из В терапевта к В клиента.

Временное соглашение: транзакционный стимул (1), приглашающий Ре клиента, исходит из В терапевта; транзакционный ответ с согласием Ре клиента идет к В терапевта.

Во всех случаях транзакции параллельны и не пересекаются

транзакции Взрослый — Взрослый (рис. 6А). Под Взрослым пациентом понимается неконтаминированная его часть, где расположено альтернативное «Я» (см. гл. 2). Временное соглашение (рис. 6Б) часто подразумевает согласие Ребенка (а не Взрослого) клиента, который «живет» сердце алкогольного «Я» (отрицательный Естественный ребенок) и поврежденные патологической адаптацией и многочисленными психическими травмами части. Все это облегчает проникновение маскирующегося под Взрослого «Аддикта» в терапевтическую комнату и инициацию патологических манипулятивных «игр», в которые играют алкоголики» (Steiner C., 1971; 1974). Временное соглашение лучше, чем ничего, но от этапа временного соглашения желательно «как можно скорее» (*as soon as possible*) переходить к началу контракта.

Какие признаки могут указывать на то, что этого перехода все еще нет?

Можно перечислить много разных признаков того, что пациент сопротивляется или начинает манипулировать, а терапевт пытается спасти или преследовать, отыгрывая свое прошлое в терапевтических взаимоотношениях. Нам думается, что лучше описать принципы, чем детали. Принципиально, что если у вас не формиру-

¹ Слова «попытаться», «попробовать» означают попытку, которая, скорее всего, не завершится успехом. В этих словах семантически заложен путь к отчаянию и переживанию поражения. Эти слова, как правило, конфронтуются в ТА.

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

6.1. Распространенность и формы алкогольного аутоагрессивного поведения

Аутоагрессивное поведение (АП) при алкогольной зависимости встречается чаще, чем при других психических расстройствах. 40 % страдающих алкогольной зависимостью совершают суицидальные попытки, а 7 % умирают от них (Lester D., 2000; Шустов Д. И., 2006). Мы обратили внимание также еще и на тот факт, что во время напоминания об алкогольной суицидальной попытке вытесняются и вполне добросовестные интервьюированные игнорируют свой прошлый суицидальный опыт даже при нацеленном расспросе. Только у 10 мужчин из 125 обследованных факт парасуицида был установлен только при беседе с матерью или женой, что составило 23 % всех обнаруженных суицидальных попыток в группе (Мерников А. В., Шустов Д. И., 2010).

Аутоагрессивное поведение, понимаемое как намеренная (осознаваемая или неосознаваемая) активность (иногда пассивность), направленная на лишение себя жизни или деструкцию собственного тела, а также на причинение вреда в различных сферах человеческого функционирования — психологической, социальной и духовной, реализуется через классические и неклассические формы в условиях алкогольной зависимости.

К классическим формам АП при алкогольной зависимости относятся фатальные суициды; парасуициды или суицидальные попытки (импульсивные, депрессивные, манипуляционно-шантажные, психотические); поведение, обусловленное наличием суицидальных мыслей и намерений; самоповреждения; токсические передозировки, в том числе с использованием суррогатов алкоголя. Данные формы в разной степени осознаются как акты намеренного причинения вреда жизни и здоровью. С другой стороны, с алкогольной зависимостью и классическим АП ассоциированы малоосознаваемые как намеренные поведенческие паттерны зависимых от ПАВ лиц, приводящие к получению вреда и неблагополучия в различных сферах человеческого функционирования — семейной, профессиональной, социальной и др. (Шустов Д. И., Валентик Ю. В., 2001; Шустов Д. И., 2005; 2009) (см. гл. 2).

Завершенный алкогольный суицид имеет свои специфические особенности, отличающие его от завершенных суицидов в общей популяции. Алкогольный завершенный суицид — это суицид мужского зрелого трудоспособного возраста (мы установили три возрастных «пика» алкогольного завершенного суицида, приходящиеся на возраст 25–29 лет — наименьший, 36–39 лет — максимальный и 41–49 лет — средний; в общей популяции — 30–34 года, 55–59 лет, и далее частота суицида увеличивается с возрастом, тогда как у зависимых от алкоголя частота суицидов с возрастом снижается), соматически здоровых (по материалам аутопсий), имеющих максимально уязвимую психологическую¹ (сублиматорную) защитную провитальную сферу. Об этом свидетельствуют статистически значимые данные, показывающие более высокую частоту встречаемости безработицы и неблагополучия в семейной сфере в виде разводов, которые приобретают токсическую в плане завершенного суицида значимость. Косвенным свидетельством важности семейного фактора и семейной защищенности может служить достоверная зависимость выбора места суицида внутри жилища — своего рода поведенческий «крик о помощи». Способ завершенного самоубийства зависит от культуральных особенностей и степени доступности огнестрельного оружия. В России это самоповешение (92 % выбирают этот способ среди алкоголиков и 83 % — в общей популяции).

Подчеркнем, что клиника алкогольной болезни накладывает специфический отпечаток на суицидальную аутоагрессию, которая возникает и подчас вытекает из биологически детерминированных алкогольных циклов: «запой — ААС — алкогольный психоз». Вместе с тем алкогольный завершенный суицид, даже будучи «ожиданным» исходя из прошлого поведения будущего самоубийцы, может быть неожиданным для близких и родственников, совершенным в состоянии, казалось бы, далеко от аффективных пертурбаций и в ходе вышеобозначенной алкогольной динамики, например в состоянии ремиссии. Таким был суицидальный уход талантливейшего поэта, нашего современника Бориса Рыжего (1974–2001), который повисился на балконе в родительской квартире на фоне трехмесячной терапевтической ремиссии. Вот как описывает событие Юрий Казарин², знавший Бориса при жизни:

¹ Имеется в виду, что большинство суицидов алкоголики совершают по психологическим мотивам, а не по ценностным или соматическим (Шустов Д. И., 2005).

² Сам Казарин считает, что причины смерти поэта — «просто отсутствуют» (Казарин Ю., 2009. С. 160). В своей книге, посвященной сыну поэта Артему,

«...Последний же день Бориса практически ничем не отличался от других. 5 мая 2001 г., по словам Ирины (жены. — Авт.), у Бориса на ул. Куйбышева, была жена А. Верникова Ирина Трубецкая (с которой Борис дружил и с мужем которой, писателем и достаточно скандальной достопримечательностью Екатеринбург, был в творческих отношениях). 6 мая Борис был у родителей, где и ночевать, потому что 7 мая ему нужно было сходить в больницу. По словам Бориса Петровича и Маргариты Михайловны (дочери матери. — Авт.), у Бориса (уже вечером) были гости — три человека. После их ухода он был несколько раздражен и встревожен».

Так этот вечер вспоминает один из гостей — Дмитрий Теткин, молодой человек и талантливый поэт: часов в пять (17:00) вечера к нему пришли Елена Тиновская, Александр Верников и Теткин — пришли к Борису, который гостил у родителей. Вечер прошел спокойно в разговорах. Дмитрий говорил „об ужасе поэтического существования“ (подлинные слова Д. Теткина): может ли поэт не умирая, оставаясь живым, простым и просто человеком? Борис хотел услышать мнение Д. Теткина о стихах и верстке для журнала „Знамя“. Теткин похвалил подборку стихов и сказал что-то об особой музыкальности поэзии Бориса Рыжего. Борис поморщился — такая оценка его явно не удовлетворила. Около восьми вечера (20:00) ушли А. Верников. В комнату Бориса, где они сидели, несколько раз приходила Маргарита Михайловна, обеспокоенная, может быть, сменением сына. Е. Тиновская и Д. Теткин ушли ровно в 21:00. Борис попрощался с ними дважды — в прихожей и возле лифта, где очень серьезно сказал: „Ну, теперь уж давайте... окончательно — до свидания...“

После этого Борис ушел от родителей домой, на ул. Куйбышева (О. Дозморов позвонил туда после 22:00, и друзья около часа разговаривали, смеялись), затем вернулся на Шейнкмана (после 23:00) и долго говорил с Борисом Петровичем о будущем, о работе, о покупке автомобиля и пр. С Маргаритой Михайловной Борис говорил

написанной осторожным и бережным языком, выверенной и одобренной родственниками Рыжего, он пишет: «Есть люди, которые могут быть только молодыми, — и это, я думаю, не просто капризы природы, но и скрытые, поддающиеся наблюдению законы генетики и динамики языковой творческой личности, которая в линейном социальном времени длится ровно столько, сколько ей необходимо для того, чтобы ускориться и вырваться в шаровое время бытия» (С. 161). И далее автор приводит стихи Бориса Рыжего: «...И когда бы пленку прокрутили / мы назад, увидела бы ты, / как пылают на моей могиле / неживые желтые цветы. / Там я умер, но живому слышен / птичий гомон, и горит заря / над кустами алых диких вишен. / Все, что было после, было зря» (С. 161).

в основном о сыне Артеме, о том, какой он тонкий и сложный человек, о необходимости большей заботы о нем... Родители Бориса успокоились, осознав, что все самое трудное уже позади. Борис Петрович, который от нервного перенапряжения последних месяцев плохо спал, а вернее — не спал почти совсем, принял снотворное и ушел к себе. Маргарита Михайловна попрощалась с Борисом в промежутке между тремя и четырьмя часами утра, спросив: „Зайди к тебе ночью или утром?“ Борис отозвался: „Да, мама, зайди...“ Маргарита Михайловна проснулась около 8 часов утра. Бориса не было¹.

На основании оригинальных данных, особенно важных для построения психодинамических схем, касается исследования «психического суицидального статуса»² и получен нами при исследовании предсмертных записок (Шустов Д. И., 2005). Несмотря на многочисленные различия между алкогольных и неалкогольных завершенных суицидов, было обнаружено сходство в задействованных на последнем пресуицидальном этапе функциональных личностных структур, что предполагает некую глубинно-динамическую общность суицидальных феноменов вообще. Фактические данные, касающиеся коренного значения «психического суицидального статуса» лиц, фатально завершивших суицидальную попытку, от только пытавшихся это

¹ Чем больше читаешь этот осторожный, выверенный текст, тем большее впечатление испытываешь, как будто автор, убрав факты, не захотел убрать и эмоции. Почему Борис метался между квартирой, где его ждали жена и сын, и квартирой родителей? Почему мать заходила «проверить» Бориса даже в отсутствие гостей и позже, вызываясь контролировать его сон? («И когда ты плакала по ночам / Я, ладони в мыслях к твоим плечам / Прижимал, смог наконец понять, / Понял я: ты дочь моя, а не мать» (1999)). Почему отец записал снотворное? И почему родители успокоились, осознав, что самое трудное уже позади? Что они осознали? («Не гляди на меня виновато, / Я сейчас усну и усну — / Полусгнившую изгородь ада / По-мальчишески перемахну») (стихи прив. по: Казарин Ю., 2009. С. 161, 162).

² Еще называется «пресуицидальным синдромом», который характеризуется нарастающим ситуативным и динамическим сужением психики (так называемым «туннельным видением»), односторонней направленностью восприятия, ассоциаций, рисунка поведения и защитных механизмов, сужением межличностных отношений, мира ценностей и прерыванием всяких эмоциональных связей (*Break-off relations* по: Wolk-Wasserman D., 1986), накоплением агрессии и обращением ее против собственной личности, возникновением навязчивых, неконтролируемых фантазий о самоубийстве, прежде вызываемых активными. В этой связи Эдвин Шнейдман, описавший пресуицидальный синдром, в книге «Душа самоубийцы» (2001) замечал, что одна из первоочередных задач любого добровольного помощника или психотерапевта — «раскрыть ставшие впустившим немного света...» (С. 183).

сделать парасуицидентов, указывают на отсутствие у последних стереотипов поведения, отражающих серьезность намерения, и активности, отвечающих за «успешную» организацию суицидального замысла. Например, предсмертные записки у совершивших летальный суицид отличались высоким процентом представления псевдоразумного поведения (поведения, обусловленного континированным Взрослым), так что «внешняя упорядоченность» — мин, любимый психиатрами, — не должна вводить в заблуждение родственников, ни специалистов, наблюдающих за подозрительным суицидоопасным субъектом. Напротив, у парасуицидентов, совершивших суицидальную попытку «неудачно», преобладали манипулятивные, шантажные и конфликтные высказывания, имеющие игровой с точки зрения транзакционного анализа характер. В предсмертных письмах они склонны к внешнеобвинительным тенденциям и шантажным транзакциям. Основным психологическим мотивом алкогольных завершённых суицидов был мотив самонаказания. Поэтому актуальными и для лечения алкогольного аутоагрессивного поведения могут оказаться психотерапевтические методики, ориентированные на самопрощение (Webb J. R. [et al.], 2015).

Данные о влиянии алкогольного опьянения на «психический суицидальный статус» могут быть расценены неоднозначно: наличие активности Взрослого эго-состояния, отвечающего за «успешность» реализации попытки, может быть воспринято как имеющее некоторое позитивное превентивное значение, что не совсем согласуется с общеизвестными представлениями, полученными в основном на материале изучения парасуицидального поведения. Опынение вносит в психику суицидента особенный игровой мотив, связанный с его «психический суицидальный статус» с соответствующим социальным статусом парасуицидента.

Клинические типы алкогольных парасуицидов

С суицидологической точки зрения мы проанализировали 49 парасуицидов 37 зависимых от алкоголя лиц. По способу совершения суицида больные распределились следующим образом: самоповреждение — 22 случая (44,9 %), самоповешение — 14 случаев (28,6 %), 9 случаев падения с высоты (18,4 %), отравления (угарным газом, фармакопрепаратами, спиртом) — 4 случая (8,1 %).

Клинически все парасуициды могли быть разделены на группы: 1) импульсивные, 2) депрессивные, 3) манипуляционно-шантажные, 4) психотические.

Импульсивные парасуициды. При импульсивных парасуицидах попытка заранее не планировалась и не обдумывалась, совер-

шалась без четко осознанного намерения лишить себя жизни. Попытки совершались в состоянии аффекта, во время конфликта с родственниками (33 %). Часть попыток большими либо никак не объяснялась (12 %), либо объяснялась «непсихогенными» причинами (55 %) («захотелось вдруг болевых ощущений», или «чтобы жизнь пошла и стало легче», или «дурью маялся», «ради смеха»). В состоянии опьянения был совершён 91 % попыток. Самым частым способом совершения суицида в этой группе был самоповреждение (44,9 %), затем падение с высоты (15 %), отравление угарным газом (11,1 %) и повешение (5 %). Отметим, что у больных, совершивших парасуициды неоднократно, встречался один и тот же способ парасуицида. Среди психологических смыслов суицидальных попыток преобладал протест (45 %), реже отмечено самонаказание (35 %), избегание страдания (15 %) и парасуицидальная пауза (5 %); у больных, совершивших парасуициды неоднократно, мог быть разный смысл совершения каждой последующей попытки.

Депрессивные парасуициды. Парасуициды отмечались на фоне ярко выраженной депрессии, сопровождающейся аффектами тоски и тревоги. Наиболее часто суицидальная депрессия встречалась в конце запоя, на фоне алкогольного абстинентного синдрома (ААС). Данная группа парасуицидов характеризовалась более длительным временным интервалом между возникновением намерения лишить себя жизни и его реализацией. Причины и мотивы суицидальной активности были более психологически понятны, основаны на семейных и лежали во внутрисемейной плоскости. Каждому парасуициду предшествовали значимые для личности суицидента конфликты. На фоне опьянения было совершено 53 % попыток, причем алкоголь играл не стимулирующую, а скорее разрешающую, облегчающую реализацию намерения роль. На фоне ААС было совершено 47 % попыток. Среди способов парасуицида доминировало самоповешение (62,5 %), гораздо реже отмечались самоповреждение (12,5 %), падение с высоты (12,5 %), отравление таблетками (6,25 %) и этиловым спиртом (6,25 %). Психологические смыслы парасуицидов распределились следующим образом: отказ (31,25 %), протест (18,75 %), самонаказание (12,5 %), избегание страдания и призыв к помощи (6,25 %). Один парасуицид мог иметь несколько психологических смыслов («протест и самонаказание» или «отказ и самонаказание»).

Манипуляционно-шантажные парасуициды характеризовались осознанностью, отсутствием намерения лишить себя жизни, расчетливостью. В определенной степени пациенты расценивали свои действия не как суицидальные, а скорее как намеренные самоповреждения. От самоповреждений эти действия отличались