Составители: Габбасова Э.Р., Дереча В.А., Киреева Д.С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**Модуль 2. Особенности зависимого поведения при отдельных видах зависимости**

**Тема №2.**

**Тема:** Нехимические аддикции.

**Вопросы:**

1. Пристрастие к веществам, не ведущим к химической зависимости.
2. Зависимость личности от привычек и влечений, не связанных с употреблением химических веществ.
3. Патологические привычные действия у детей и подростков.
4. Невротические расстройства у детей и подростков с признаками начинающегося зависимого изменения личности.
5. Зависимости, связанные с любовью и сексуальным инстинктом.
6. Зависимость личности при неврозе навязчивостей.
7. Созависимость.

**Основные понятия темы:**гемблинг, пиромания, клептомания, дромомания (пориомания), мифомания, суицидомания, гомицидомания, трихотилломания, созависимость.

**Теоретический материал к Модулю 2 к теме 2:**

1. **Пристрастие к веществам, не ведущим к химической зависимости.**

**Пристрастие к веществам, не ведущим к химической зависимости**, но сопровождающееся злоупотреблением этими веществами:

-к антидепрессантам (особенно таким, как трициклические, тетрациклические и ингибиторы моноаминооксидазы);

- к слабительным средствам;

- к аналгетикам, не относящимися к психоактивным веществам и которые могут быть куплены без врачебного рецепта, например, парацетамол;

- к средствам похудения;

- к средствам снижения кислотности желудка;

- к витаминам;

- к стероидам и гормонам;

- к специфическим травам или народным средствам;

- к другим веществам, например, диуретикам, некоторым «сердечным» средствам, или к модным в настоящее время биологически активным добавкам и иным веществам, влияющим на метаболические (обменные) процессы в организме.

В каждом из названных случаев речь идет о злоупотреблении, т.е. об употреблении во вред. Хотя вначале тот или иной препарат и может быть назначен врачом или рекомендован кем-то, но он принимается значительно дольше, чем было назначено, часто в повышенных дозировках.

Хроническое и неоправданное употребление этих препаратов сочетается с ненужными тратами денег и сопровождается частыми ненужными посещениями медицинских учреждений, но при этом недооценивается вредное физическое влияние данного вещества на организм. Попытки отсоветовать или запретить использование этого вещества наталкиваются обычно на сопротивление индивида, несмотря на предупреждение о возможных тяжелых дисфункциях в жизненно важных органах и системах организма.

Ни химической зависимости, ни синдрома отмены как таковых при этом не развивается, однако имеет место сильная мотивация личности к приему препарата, мотивация - преодолевающая благоразумие и рациональность. В основе данной мотивации лежит не только привычка, но и пристрастие: препарат нравится, с ним личностно комфортнее, а без него - наступает личностный дискомфорт.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Зависимость личности от привычек и влечений, не связанных с употреблением химических веществ.**

**Зависимость личности от привычек и влечений, не связанных с употреблением химических веществ**

Круг таких аддикций очень широкий: азартные игры, сексуальная и любовная аддикции, работогольная зависимость, спортивная зависимость, зависимость к трате денег, аддикция к еде, привычка находиться в состоянии постоянной нехватки времени, привычка к определенному типу отношений и т.п. Перечень такого рода стойких привычек, как очевидно, можно продолжать до бесконечности. ***Главное, что здесь речь идёт о такой степени увлечённости, которая отнимает силы, время, носит вред здоровью и межличностным отношениям.***

Особое место в этом ряду зависимостей занимают на первый взгляд внезапные (пароксизмальные) импульсивные влечения с нарушением контроля личности над побуждениями. Они проявляются повторными действиями без ясно выраженной рациональной мотивации, но при выполнении этих действий возникает ощущение удовольствия. Сами пациенты связывают свое поведение с соответствующими влечениями, выполняемыми без борьбы мотивов, т.е. - влечениями к действию, но не любому действию, а к действию, удовлетворяющему определенную потребность: неодолимое влечение к интенсивному пьянству вне рамок хронического алкоголизма (дипсомания); неодолимая страсть к азартным играм; озабоченность огнем и сильным влечением к поджогам; периодическое неодолимое побуждение красть предметы, которые не нужны для личного пользования (клептомания); к этой категории относят также другие подобного рода расстройства привычек и влечений: дромоманию (влечение к перемене мест, бродяжничеству); мифоманию (патологическая лживость, неодолимое влечение к обману); копролалию (желание произносить бранные слова, нецензурные ругательства); суицидоманию (импульсивное влечение к самоубийству); гомицидоманию (неодолимая потребность убивать людей).

Остановимся на тех из них, которые уже нашли свое место в современной классификации психических нарушений.

*Патологическая склонность к азартным играм* - патологический гэмблинг.

Под кучей денег может быть погребена человеческая душа.

*Н. Готорн - амер. Писатель (1804-1864)*

Не от денег рождается добродетель, а от добродетелей бывают у людей деньги и все прочие блага, как в частной жизни, так и в общественной.

*Сократ - древнегрч. философ (469-399 до н.э.)*

Береги лён от огня, а юность от азартных игр

*Б. Франклин - амер. политик (1706-1790)*

Патологическая склонность к азартным играм характеризуется неспособностью личности им сопротивляться, желанию участвовать в азартных играх, а само участие в них доставляет огромное удовольствие и сильно нравится. Наличествуют признаки, общие для всех видов зависимости: изменение интересов и вытеснение прежних занятий, увеличение траты времени на поиск игр и на сами игры, стремление получать все более острые ощущения (рост толерантности). Индивидуум описывает трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в игре усилием воли. Мысленно он при этом сильно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами, с ней связанными. Он знает, что могут быть (и будут) серьезные проблемы (долги, конфликты в семье и на работе), что участием в игре компрометирует себя, но не может справиться с желанием и с собой.

***В качестве причин***, которые, если не определяют, то способствуют патологическому азарту и провоцируют его, являются такие факторы, как ***доступность азартных игр*** для детей и подростков; ***фетишизация денег*** в семье и обществе; ранняя утрата родителей или ***воспитание в духе брошенности и безразличия***; чрезмерное стремление к эмансипации; инфантильное стремление к всемогуществу и ***ожидание неограниченного удовлетворения своих желаний;*** протестный настрой и агрессивное отношение к реальной действительности; ***отсутствие подлинной ответственности за себя и возложение ее на фортуну и на везение.***

Для понимания развития игровой зависимости, ее лечения и профилактики особо важным является знание психологических механизмов этой патологии личности и поведения.

Зависимой личности важнее и приятнее не столько конечный результат соответствующего поведения, сколько ***пребывание в процессе удовлетворения потребности,*** т.е. не столько сам выигрыш, сколько мечта о нём и его ожидание, ***надежда, что вот-вот повезёт.***

Таким образом, влечение к азартным играм – это не просто мотив поведения. Это одержимость личности потребностью, с одной стороны, испытывать удовольствие от самого процесса игры, а с другой, - ощущать надежду выигрыша и мечтать об удовлетворении многих других потребностей и от этого предвкушать радость жизни и чувствовать собственную значимость. Такие переживания наиболее выражены у субъектов закомплексованных, с внутриличностными конфликтами, с чувствами вины или тревоги, у личностей экзистенциально слабых или «заброшенных» (по терминологии экзистенциальной психологии), а также из личностей агрессивно настроенных против общества.

Д.А.Леонтьев в книге «Очерк психологии личности» обращает внимание на широкое ***распространение в обществе чувства смыслоутраты, чувства бессмысленности жизни, прямым следствием чего являются рост самоубийств, наркоманий, агресиии, насилия, психических заболеваний***, в том числе специфических-ноогенных неврозов (неврозов смыслоутраты по V.Frankl). На этот фактор следует обращать внимание не только у взрослых больных игровой зависимостью, но и особенно у подростков, потому что и у тех, и у других отмечается ***недостаточная насыщенность жизни реальным позитивным чувством***, что создает более или менее выраженный вакуум жизненных смыслов.

A.H.Maslow подчеркивал, что если мы имеем дело с людьми, реализовавшими себя, то это значит, что мотивация их поведения являлась связанной с реальным ростом и подлинным совершенствованием личности. Если же состояние человека характеризуется чувством нереализованности себя, то мотивация его поступков определяется неудовлетворёнными запросами, а поведение становится диссоциальным, аддиктивным, девиантным.

Изучение больных игровой зависимостью (особенно в процессе их психотерапии) указывает на то, что у них имеет место глубокое неудовлетворение как базовых (первичных) потребностей, так и вторичных (метапотребностей) по A.H.Maslow. Причем в большей мере неудовлетворены социальные потребности: в справедливости, в доброте, в истине, нравственности, порядочности, красоте, в единстве и общности, в устроенности жизни и т.п. Выражаясь языком A.H.Maslow, по отношению к больным игровой зависимостью можно говорить о наличии у них «метапатологии» («метарасстройства»), характеризующегося тем, что это, прежде всего изменения в социальной сфере личности. Невозможность должным образом адаптироваться и реализовать себя ведет вначале к социальному отчуждению личности, к цинизму, апатии или депрессии, аутизму, ненависти, агрессии и т.д., а затем в порядке заместительной (суррогатной) адаптации и подсознательного стремления к гиперкомпенсации включаются механизмы «социального научения» (в данном случае – играть в азартные игры).

В соответствии с теорией социального научения A.Bandura (1969), любые формы поведения, в том числе – участие в азартных играх, как и употребление психоактивных веществ, сначала существуют в сознании в виде моделей или образцов для подражания, пассивно усвоенных на основе научения. Они быстро трансформируются в привычки и стереотипы поведения, особенно - если получают позитивное подкрепление.

В теории оперантного подкрепленияB.F.Skinner отмеча­ется, что любого случайного подкрепления бывает достаточно для усиления поведенческой активности. При этом нередко возникает вера в наличие закономерных связей (например, при случайных вы­игрышах). Именно эта вера, по нашим наблюдениям, лежит в основе личностного подкрепления (а затем - и закрепления) определенного поведенческого стереотипа. Особенно глубоким подкрепление того или иного поведения становится тогда, когда в активности начинают удовлетворяться личностные смыслы. Они, по теорииB**.**F.Skinner, становятся условными или вторичными подкреплениями.

Генерализованным «условным» подкреплением являются день­ги, поскольку с ними ассоциируется множество других подкрепле­ний. Любые эксперименты с играми на деньги могут привести (и в большинстве случаев .приводят) к возникновению пристрастия и страсти к азартным шрам.

Наркологическая и психотерапевтическая практика дает основание считать, что подкрепляющая личностная семантика уни­версально наличествует в любом типе зависимого поведения. Влече­ние к азартным играм - это не просто мотив поведения. Это одержи­мость личности потребностью, с одной стороны, испытывать удо­вольствие от процесса игры, а с другой - ощущать надежду удовле­творения многих других потребностей и от этого предвкушать ра­дость жизни и чувствовать собственную значимость. Такие пережи­вания наиболее выражены у субъектов не­аутентичных, с внутриличностными конфликтами, с чувствами вины или тревоги, у личностей экзистенциально слабых или «заброшен­ных» (по терминологии экзистенциальной психологии).

В качестве непосредственных причин, которые если не опреде­ляют, то способствуют развитию гэмблинга и провоцируют его ре­цидивы после лечения, являются такие факторы, как ситуативная доступность азартных игр (особенно - для детей); фетишизация де­нег в семье, обществе, микросоциуме; ранняя утрата родителей или воспитание в духе безразличия или брошенности; чрезмерное стрем­ление к эмансипации (причем не только у детей, но и, например, у женатых мужчин); инфантильное стремление к «могуществу» и ожидание удовлетворения многих других своих желаний; протестный настрой и агрессивное отношение к реальной действительности; недостаточность или даже отсутствие подлинной ответственности за себя и возложение ее на везение, счастливый случай, фортуну, на удачу или на наивные «расчеты» технологии выигрыша.

Представляет интерес исследование у лиц с игровой зависимо­стью их «локуса контроля» - центрального конструкта в теории соци­ального научения J.B.Rotter. У лиц без какой-либо зависимости локус контроля чаще расположен между полюсами («интерналы» - «экстерналы») - в середине или ближе к ней. Больные с игровой зави­симостью своим локусом контроля тяготеют к полюсам. У одних («интерналов») преобладает вера в то, что все, в конечном счете, включая выигрыши и проигрыши, зависит от их собственных дейст­вий и способностей, что более свойственно взрослым больным. У других («экстерналов») - и это типично для большинства подростков - ставка делается на везение и на веру в то, что успех или неуспех за­висят от стечения обстоятельств. Поэтому «нужно играть и ловить удачу».

Эти данные соответствуют положению A.Adler о том, что люди от природы наделены врожденным социальным интересом. Человеческая мотивация в основном представлена социальными по­буждениями. Одним из базисных поведенческих побуждений, по A.Adler, является «комплекс неполноценности». При сильной его выраженности нарушается личностный позитивный рост. Слабо вы­раженный комплекс неполноценности может быть преодолен ком­пенсацией, когда личность прилагает дополнительные усилия для избавления от явных или мнимых дефектов. При этом появляются такие мотивы, как агрессия и «поля индивидуума и власти», которые A.Adler рассматривал как часть более общего мотива стремления к превосходству. Это стремление, по мнению автора, является врож­денным и представляет собой важнейшую жизненную потребность в совершенствовании. Однако цель и способы достижения «превос­ходства» необязательно бывают социально и индивидуально пози­тивными. Пример тому - самоутверждение путем азартных игр.

Поведение такого рода, по мнению E.Fromm зависит от особенностей «социального характера». Непродуктивный социаль­ный характер ориентирует личность на то, чтобы «получать, брать, обменивать, иметь» и т.п. - вместо того, чтобы «быть».

Лечение больных с патологической склонностью к азартным иг­рам требует, таким образом, не просто дезактуализации зависимо­сти, но и глубокой реконструкции личности, особенно в плане ее ре- социализации и рекультурализации. Что касается первичной профи­лактики этой болезни, то главным здесь является «реконструкция» общества в подлинно здоровое социально и психологически.

*Трихотилломания:* периодически повторяющееся сильное побуждение выдергивать собственные волосы с невозможностью про­тивостоять этому. Сам факт (и акт) таких действий больные пытаются скрыть как можно дольше: они испытывают чувства стыда и вины, и им трудно понять, что с ними происходит. Однако все заметной ста­новится потеря волос - наиболее часто на висках и темени. Наряду с этим выщипывание волос может касаться бровей, ресниц, подмышек, лобка, туловища, бороды. На коже не наблюдается причин для таких действий - ни зуда, ни предшествующего воспаления. Потеря волос выглядит как небольшие ограниченные участки облысения в основ­ном на стороне, противоположной доминантной руке.

Расстройство проявляется хронически, но с длительными перио­дами послабления (ремиссиями) и с повторяющимися обострениями. Установлено, что обострения (эазацербации) часто связаны со стрес­сами, нарушенными отношениями с родителями, с депрессией, с употреблением психоактивных веществ. У многих больных трихо- тилломания сочетается с кусанием ногтей (онихофагией), кусанием волос (трихофагией), а также с побуждениями к самоповреждениям путем царапания и ковыряния. Как и при других формах импульсив­ных влечений, возможны стойкие фиксации трихолломанического поведения с превращением акха выдергивания волос в автоматизм, в привычку и в черту характера. Лечение состоит в применении психо­тропных средств, гипноза и семейной психотерапии.

***Другие расстройства привычек и влечений***

*Импульсивное бродяжничество* - пориомания или дромомания. Проявляется безудержным стремлением к «свободе», к пе­ремене места, к новым впечатлениям. Время от времени такими ли­цами овладевает непонятное напряжение с тоской и с побуждением оставлять спокойную жизнь, бесцельно странствовать, даже испыты­вая при этом нужду и лишения.

Встречается ложная дромомания, как правило, у детей, связанная с конфликтикными ситуациями и представляющая собой проявление (форму) реакции оппозиции и (или) протеста. Бывают случаи группо­вого ухода из детского учреждения. Чаще это обусловлено тем, что один одержимый индуцирует других. При восстановлении благопри­ятных отношений поведенческие аномалии такого рода могут пройти сами по себе или с помощью психокоррекции (например, семейной). При неблагоприятно складывающихся обстоятельствах, особенно у детей с наследственной психопатологической отягощенностью, с нервной неустойчивостью, с признаками патологического формиро­вания характера, с задержками психического развития, легко теряется видимая связь уходов из дома с психотравмирующими факторами. Бродяжничество как бы отрывается от первоначальных провоцирую­щих причин, лишается психологически понятного содержания и трансформируется в истинную дромоманию, т.е. дромоманическое влечение становится внешне немотивированным, бесцельным. Постепенно дромоманический поведенческий паттерн укореняется, превращается в привычку и потребность уходить из дома, менять места, странствовать, даже не находя этому логического объяснения. Происходит трансформация характера, странствие становится ведущей его чертой, а личность - полностью зависимой от этой черты.

Иногда патологическое влечение к бродяжничеству и странствиям вырастает из детской или юношеской привычки бесцельно блуждать по улицам или окрестностям в пустом времяпрепровождении или в поисках приключений и острых ощущений. Недоразвитая способность получать удовольствие в труде и учебе фиксирует этот единственный способ доставлять себе нечто приятное. Влечение к перемене мест, блужданиям и странствиям может стать настолько овладевающим личностью, что субъект утрачивает способность к оседлой жизни и возможность заниматься постоянным трудом. Очередное "путешествие" или перемещение приносит на какое-то время удовлетворение, влечение утоляется, а затем - вновь обостряется, создает напряжение и требует новых похождений. Страсть такого рода часто присуща и нормальным людям. О патологической дромомании следует говорить в тех случаях, когда стойко меняются характер, личность и нарушается ее адаптация.

*Патологическая лживость* - псевдология, мифомания. Проявляется болезненным влечением сообщать небылицы, говорить неправду, обманывать. От осознанной лжи, преследующей конкретные цели, псевдология отличается особым душевным состоянием индивидуума. Он настолько поглощен содержанием информации, настолько пленен и охвачен ею, что из его сознания вытесняются чувство самокритичности и способность к самоконтролю. Субъект не просто входит в роль и исполняет ее, он живет в этот момент в другом месте, в другое время, в иных обстоятельствах. Это близко к явлениям деперсонализации, дереализации и множественной личности, но ими не является. Тем не менее сам рассказчик верит в истинность того, о чем он сообщает, и испытывает от этого особое удовольствие.

Встречается чаще у детей с выраженным комплексом неполноценности, у подростков чувствующих себя обделенными, особенно у тех, кто вырос в неполных или неблагополучных семьях. Свидетельствует о впечатлительности в сочетании с развитым воображением и склонностью к чрезмерному фантазированию. С возрастом у многих проходит по мере формирования личностной зрелости. Интеллектуально-личностный инфантилизм, однако, а также дефицитарность самооценки и истерические черты характера могут способствовать закреплению привычки лгать. Лживость превращается в черту характера и становится личностной потребностью сама по себе. проявляется автоматически, импульсивно и фактически неподконтрольна личности. Акт псевдологии дает какое-то чувство собственной значимости, но вслед за этим у сохранных личностей могут быть угрызения совести и чувство вины.

Как отдельная черта характера, псевдология, по-видимому, довольно распространена в обыденной жизни у вполне нормальных людей. О патологической лживости следует говорить тогда, когда она определяет облик и суть данного человека и делает его неспособным к подлинной адаптации хронически или эпизодически.

*Суицидомания* - патологическое (безумное) влечение к убийству себя (лат. sui себя + caedere убивать + гр. mania безумие).

Суицидальные мысли, желания, намерения и акты могут быть обусловлены огромным множеством причин - от обыденных жизненных конфликтов сложных обстоятельств до тяжелых психических заболеваний с депрессией и бредом. Наложить на себя руки могут не только слабые, неуравновешенные личности, но также люди сильные и волевые, способные на решительные поступки.

Под собственно суицидоманией, как истинной тенденцией с расстройством жизненного влечения и жаждой умереть, в психиатрии понимают проявления психологически неоправданного мотива - нежелания жить в сочетании с желанием смерти. Суицидальное влечение может зреть исподволь и давать себя знать преобладающими мыслями, задумчивостью, навязчивыми представлениями, о чем сами суициданты обычно не делятся с окружающими. Самопроизвольно или под влиянием объективно незначимых поводов, внешне нередко без видимых причин нарастает эмоциональное напряжение и субъектом импульсивно овладевает жажда смерти.

Истинная суицидомания связана с актуализацией инстинкта смерти-танатоса по З.Фрейду, что легче может произойти у людей недостаточно привязанных к жизни. Причем в первую очередь это могут быть пожилые лица, а также дети и подростки вследствие их повышенной внушаемости, впечатлительности, особенно при наличии жизненных трудностей и при частых сообщениях о самоубийствах в печати и на телевидении. Следует помнить, что как и другие влечения, суицидомания заразительна и поэтому недопустимо суицидоманическое растление через средства массовой информации. В противном случае формируются суицидальные тенденции, легко возникают суицидальные реакции и в характере зреет суицидоманический радикал, как черта, личностная потребность, которая эпизодически дает себя знать неодолимой жаждой смерти. Субъект при этом может испытывать сомнения и колебания, чувство вины перед родными, но не всегда ему удается справиться с овладевающим им влечением - потребностью в смерти без всяких вторичных причин и иных психологических мотивов.

В отличие от этого ложная суицидальность (псевдосуицидальная тенденция) представляет собой форму скрытых, завуалированных иных мотивов. Например, может иметь место суицидальный шантаж, как вид давления на окружающих с преследованием какой-то определенной цели. Встречаются также садомазохистские склонности у психопатических личностей с суицидальным поведением. Но чаще всего ложная суицидомания, т.е. без истинного желания умереть и тем более без жажды смерти, сопутствует аффективным состояниям в обыденной жизни - реакциям гнева, утраты, горя, обиды, разочарования, отчаяния, безнадежности и т.п. В этих и им подобных состояниях возникает потребность в разрядке аффективного напряжения и суицидальный поступок может быть выбран лишь в качестве способа (формы) разрядки напряжения. Но если такое поведение повторяется, то оно может стать привычной формой реагирования и ложная суицидальность может перейти в истинную. Поскольку личность становится зависимой от своей привычки реагировать суицидом, суицид трансформируется из формы реакции в потребность, т.е. появляется истинное желание смерти.

*Гомицидомания* - патологическое влечение к убийству людей.

Психически больные могут совершать убийства вследствие очень многих видов расстройств. Чаще всего гомицидальное поведение обусловлено наличием бреда, галлюцинаций, глубоких расстройств настроения и сознания, патологических аффектов. Однако собственно гомицидомания (истинная) представляет собой самостоятельную первичную потребность, не из чего другого психологически не выводимую. Она дает себя знать сначала эпизодическими навязчивостями - мыслями и представлениями об убийстве, с которыми индивидуум борется и от которых пытается избавиться. Затем без видимых причин или по неадекватным поводам может появиться овладевающее импульсивное влечение к убийству. Его характерной чертой является отсутствие мотива. Больные при этом понимают весь ужас своего состояния, борются с ним, но не всегда, к сожалению, успешно. В психиатрической литературе описаны случаи, когда больные помногу лет жили, пребывая в изнуряющей борьбе с собой, преодолевая овладевшие ими влечения к убийству таких близких им родных, как мать и отец, братья и сестры. При этом речь не шла о бредовом помешательстве, об интеллектуальной недостаточности или о недоразвитости нравственных чувств, что доказывается их настойчивой борьбой со своим ужасным влечением.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Патологические привычные действия у детей и подростков.**

**Патологические привычные действия у детей и подростков**

Патологические привычные действия представляют собой специфическую группу нарушений поведения у детей и подростков. В их основе лежит болезненная фиксация некоторых произвольных действий, которые обычно свойственны раннему детскому возрасту. Чаще других встречаются такие привычки, как сосание пальца, кусание ногтей, онанизм (мастурбация), ковыряние в носу, ритмическое раскачивание туловищем и головой, упомянутое выше стремление выдергивать волосы (трихотилломания). Все эти действия обусловлены определенным внутренним напряжением, а их реализация приносит чувство облегчения и даже удовлетворения.

Большинство психиатров относит патологические привычные действия к невротическим расстройствам, в частности - к неврозу навязчивых действий. Его причиной обычно являются противоречивые отношения ребенка к родным за счет неправильного подхода к воспитанию детей: чрезмерной строгости и подавления, физических наказаний, изоляции от радостных чувств и переполнения страхом и тревогой.

Дети осознают влечение к названным типам действий, усилием воли им удается затормозить их на какое-то время, однако при этом появляется чувство дискомфорта за счет внутреннего напряжения. Ребенок с определенного возраста начинает понимать отрицательность или даже вредность своей привычки и может по этому поводу переживать чувства вины, страха разоблачения и тревоги за предполагаемые тяжелые последствия, что может стать источником дополнительных невротических расстройств или даже стать причиной патологического невротического формирования личности.

Ю.С.Шевченко (1979) - известный детский психиатр, - изучая динамику и исходы невроза навязчивых действий, выделил предвестники и начальные признаки перехода физиологических форм поведения детей в патологические привычные действия. Одновременно автор рекомендует выявлять симптомы трансформации привычных действий из категории навязчивых в категорию патологических черт характера и глубокого личностного изменения. Критериями такой патологической трансформации являются следующие проявления:

-явное учащение эпизодов патологических привычных действий и увеличение их продолжительности;

-генерализация действий, нарастание их полиформизма, распространенности приемов, способов используемых объектов и т.п. (например, кручение и выдергивание волос не только у себя, но также у матери и других лиц, выдергивание ворса из одеяла, игрушек и других пушистых предметов; сосание и кусание не только своих пальца и ногтей, но также ручек, карандашей, одежды и т.д.);

-тенденция к взаимному сочетанию нескольких видов патологических привычных действий: сосания пальца с ковырянием в носу; выдергивания волос с кусанием ногтей, дерганием уха; раздражение половых органов с раскачиванием туловища и биением головой;

- доминантный характер патологических привычных действий в плане получения удовольствия и преобладающего интереса, с трудностью отвлечения от этого занятия и переключения внимания, с упорным возвратном к этим действиям, несмотря ни на какие ограничительные и запретные меры;

-извращенная манера получения субъективного удовольствия от совершения указанных действий с нарастающей их интенсивностью и в сочетании с болезненностью и даже с самоповреждениями.

В профилактике патологических привычных действий, которые могут сохраниться, рецидивируя, и во взрослом периоде жизни, важным является налаживание правильного воспитания ребенка и позитивной семейной атмосферы. Основным методом лечения таких расстройств поведения является психотерапия - сначала индивидуальная, а затем непременно семейная.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Невротические расстройства у детей и подростков с признаками начинающегося зависимого изменения личности.**

**Невротические расстройства у детей и подростков с признаками начинающегося зависимого изменения личности**

В.В.Ковалев (1979) делил невротические расстройства у детей на три формы:

-«общие неврозы» (невроз страха, истерический, невроз навязчивых состояний, депрессивный, ипохондрический, неврастенический);

- «системные неврозы» или органно-системные (заикание, тики, энурез, энкопрез, стереотипно повторяющиеся движения);

- «невротические формы психогений» (нервно-психическая анорексия, булимия, ночные или дневные страхи, адаптивные расстройства, инверсии ритма сна).

Невротические проявления у детей отличаются большим своеобразием симптомов, часто - незавершенностью клинических картин и высокой вероятностью зависимостного состояния незрелой формирующейся личности. Это можно объяснить повышенной впечатлительностью детей, склонностью их к патологическим воображениям и фантазиям, а также частым сочетанием общей нервности с двигательными и поведенческими расстройствами. Наши клинические наблюдения указывают на то, что наибольшее значение для зависимого становления личности имеют следующие невротические состояния у детей.

*Чрезмерная склонность к фантазированию.* Обычно связана с психогенными патохарактерологическими реакциями гиперкомпенсации, но может быть обусловлена также становящейся психопатией или начинающейся шизофренией с аутизацией.

Патологический характер фантазий проявляется в непомерной их яркости, живости образа, но особенно в том, что фантазмы сопровождаются погружением в них личности, изменением чувства реальности и себя, вытеснением из сознания реальных смыслов и замещение их воображаемыми. Типично их появление и проявление, как только наступают привычные и нужные условия:

-фантазия во время игры с полным перевоплощением в соответствующий образ и с отрывом от реальности;

-фантазии с целью продемонстрировать особую свою значимость, привлечь к себе интерес окружающих и поставить себя в центр внимания;

-фантазии заместительно-защитного плана со стремлением реализовать в них несбывшиеся надежды, удовлетворить неутоленные потребности и неудовлетворенные желания, отомстить обидчику и т.п.;

- аутистические фантазии с отрешением от окружающего, в тишине и наедине с собою, с погружением в мир то ли воспоминаний, то ли сказок, то ли мистики, то ли философических представлений (у более старших детей) - метафизические фантазмы.

Поскольку фантазирование доставляет больному ребенку определенное удовольствие и вытекает из каких-то его глубинных потребностей, оно имеет склонность фиксироваться как привычка, становиться автоматическим при появлении соответствующих условий, что серьезно отвлекает и создает помехи на уроках, занятиях, в труде и т.п. По мере взросления ребенок может пытаться сам коррегировать это свое отклонение, но лучше, если помощь ему окажут психологи и(или) психотерапевты.

*Стойкие или периодически повторяющиеся страхи* в дневное время или во время ночного сна. Чаще они являются следствием невроза испуга или невроза навязчивостей. Зависимость ребенка от страха проявляется в том, что он может становиться все более пугливым, тревожным, боязливым, даже если будет пытаться вести борьбу со своими страхами.

Страх у маленьких детей в целом относится к категории физиологических, т.е. естественных состояний. Здесь, однако, речь идет о том, что ребенок часто плачет, кричит, прячется и при этом наблюдается выраженное вегетативное возбуждение и двигательное беспокойство. Содержание страха может быть самым разнообразным и неожиданным: боязнь животных, чужих людей, темноты, одиночества, болезни и смерти, бандитов, сказочных персонажей и т.п. Страхи, если их не коррегировать и не лечить ребенка, склонны к фиксации и превращению в привычку всего бояться. Тогда укореняется тревожно-мнительный характер и, несмотря на внутреннюю борьбу с собой, по многочисленным малозначимым поводам индивидуум реагирует анксиозными реакциями (от нем. angst - страх). В конечном счёте может произойти патологическое анксиозное развитие личности.

*Гиперкинетическое расстройство*. Проявляется обычно в первые пять лет жизни и является результатом сочетания мягкой органической мозговой недостаточности (синдрома ММД) с патологическим формированием характера, т.е. со становящейся психопатией. У мальчиков встречается чаще, чем у девочек.

Основные признаки разнообразны:

-невнимательность, отвлекаемость, рассеянность, неорганизованность, забывчивость и неаккуратность;

-неусидчивость, ерзание на месте, беспокойные движения руками, ногами; шумная и беспокойная активность;

-нетерпеливость, поспешность, необдуманность, импульсивность, безрассудство;

-слабоволие, слабохарактерность, повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость.

Гиперкинетическое расстройство, имея конституциональную основу, фиксируется как натура ребенка, как его характер и стиль поведения, если не проводить лечение, психокоррекцию и воспитание. Укореняются двигательная расторможенность, общая возбудимость, импульсивность, отмечается школьная дезадаптация. Наказания и требования лишь усиливают у ребенка чувства вины, страха и (или) негативизма и озлобленности. С годами могут сформироваться признаки диссоциального развития личности - жестокость, агрессивность, конфликтность, драчливость, садизм.

*Стереотипные двигательные расстройства* - навязчиво повторяющиеся движения и действия, которые в последующем могут зафиксироваться и трансформироваться в патологические привычки.

Это особая категория двигательных отклонений, не имеющих в своей основе очевидных заболеваний головного мозга и нервной системы. Они представлены однообразными непроизвольными движениями в отдельных группах мышц - в виде прикосновения к чему-то, прищуривания глаз, облизывания губ, растягивания воротника на шее, в виде кашля, ударов по лицу, тыкания в глаз, ударов головой, кусания губ, рук, пальцев. Вначале такие движения имели какой-то смысл - как защитное реагирование или как желание что-то изменить, от чего-то освободиться. В дальнейшем они зафиксировались и стали автоматически стереотипными.

Дети с такими расстройствами нуждаются в кропотливом лечении и длительной психокоррекции с поведенческими тренингами, чтобы предотвратить формирование упомянутых выше патологических привычных действий и соответствующего патологического развития личности.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Зависимости, связанные с любовью и сексуальным инстинктом.**

**Зависимости, связанные с любовью и сексуальным инстинктом**

Известно, что «любовь и голод правят миром». Эти слова принадлежат известному германскому поэту и врачу Фридриху Шиллеру. Но задолго до него, более 2,5 тыс. лет т.е. Будда указывал, что «половое влечение острее крюка, которым укрощают диких слонов; оно горячее пламени, оно подобно стреле, вонзающейся в тело человека». З.Фрейд также подчеркивал, что сексуальное влечение (либидо) - это основная энергия жизни.

Замечательный и ярко-художественный пример сексуально озабоченного, т.е. зависимого состояния личности мы нашли у писателя Леонида Андреева в повести «В тумане». Ее герой - Павел Рыбаков - натура хрупкая, психопатизированная, выросшая на ниве алкоголизма, порнографии и проституции. Вот как психологически проникновенно писатель описал его отношение к женщинам: «Среди идущих были женщины и их присутствие придавало картине сокровенный и тревожный смысл. Улицы, дома, люди - все стремилось к ним, жаждало их. Слово женщина было огненными буквами выжжено в мозгу Павла... Люди говорили тихо, но когда встречалось слово женщина, они как будто выкрикивали его... и это было для Павла самое фантастическое, непонятное и страшное слово... Воспоминания (о женщинах) врезались в его душу, как острый нож в живое мясо... Когда он спал, они огненными призраками вырастали из глубины его существа; когда он бодрствовал, какая-то страшная сила брала его в свои железные руки и бросала в объятия... женщин».

В норме главная жизненная сила полового инстинкта (лат. sexus - пол) состоит в желании нравиться и соединяться. Не случайно говорят, что любовь слепа. И мужчина, и женщина могут до умопомрачения жаждать друг друга, как бы сдаются в плен друг другу. В этом уже заложена основа созависимости, если влечение обоюдное, или зависимости - если оно одностороннее. Особенно, если чувства пылают страстью. Предмет страстной любви называют пассией, а фр. passion и лат. passio обозначает не только страсть, но и страдание, т.е. уже - зависимость.

Чувство Любви вечно в том смысле, что оно не забывается. Даже если Любовь ушла - остается щемящая грустная радость и свет в прошлом нашего Я. Но еще сильнее чувство несвободы в Любви от того, что она есть единение с Тайной Жизни, с Высшими Силами и Высшим Разумом, с Духом и Одухотворенностью. Кроме того сама Любовь еще не дает Гармонии Жизни. Нужны такие важные взаимоотношения - связи, как уважение, дружба и физическое, принадлежание друг другу.

Нормальные межполовые отношения являют собою, таким образом, пример нормальной созависимости, в которой люди, если повезет, находят радость и счастье. Однако уже безответная любовь, пусть самая нормальная, может доставить много страданий и даже стать очень серьезной проблемой и привести к самым неожиданным последствиям. Так устроен человек! Поэтому и «нормальным влюбленным» может понадобиться психологическая помощь с необходимостью коррекции зависимости. В психиатрической науке, однако, самостоятельным большим разделом являются расстройства личности и поведения, обусловленные разнообразными патологическими сексуальными влечениями. Рассмотрим их в соответствии с принятой в нашей стране международной классификацией (МКБ-10).

***Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией***

Сама по себе сексуальная ориентация в настоящее время не рассматривается в качестве расстройства, однако личность от нее зависит, поскольку ею определяется сексуальный тип индивида и его половые отношения.

Половой социальный статус или, точнее, сексуальный тип индивида можно охарактеризовать одним из нижеследующих четырех вариантов:

-пубертатный (созревающий, становящийся, неоформленный);

-гетеросексуальный (имеются четкая уверенность своей половой принадлежности к одному из полов и четкое предпочтение представителей противоположного пола);

-гомосексуальный (уверенность в своей принадлежности к одному из полов сочетается с привлекательностью и предпочтением представителей своего пола);

-бисексуальный (уверенность в своей принадлежности к одному из полов сочетается с привлекательностью обоих полов, а предпочтение зависит от складывающихся обстоятельств).

Очевидно, что личность каждого человека зависит от его сексуального типа и в рамках каждого из них могут быть свои «пагубные страсти», т.е. аддикции, относящиеся к категориям обыденной жизни. Однако бывают расстройства полового созревания, когда пациент страдает от сомнений в половой принадлежности или сексуальной ориентации. Такие сомнения, как правило, сопровождаются депрессией, тревогой, фобиями. Особенно часто это имеет место в юношеском возрасте у лиц, которые либо еще не определились в своих ориентациях, либо после периода явно стабильных отношений обнаружили, что неуверенны в своем сексуальном типе или почувствовали, что он изменяется. Бывают случаи эго-дистонической сексуальной ориентации, когда половая принадлежность и сексуальные предпочтения не вызывают сомнений, но индивидуум из-за наличия психических отклонений хочет, чтобы у него был другой сексуальный тип и может настаивать на лечении с целью изменить свою ориентацию, хотя ему в первую очередь нужна помощь психиатра.

***Расстройства половой идентификации***

Здесь речь идет о нарушении полового самосознания и полоролевого поведения. Симбиотические отношения ребенка с одним из родителей сильно ослабляют восприятие у ребенка собственной половой идентичности. При жестоком обращении со стороны родителей, особенно при их явной неудовлетворенности полом ребенка, у детей могут зафиксироваться стойкие фантазмы с мыслями принадлежать другому полу, тогда и обращение будет может быть лучше. З.Фрейд отмечал, что нарушения половой идентификации чаще происходят тогда, когда ребенок чрезмерно отождествляет себя с родителем противоположного пола - например, мальчик слишком привязанный к матери и мало общающийся с отцом. В подобного рода ситуациях развиваются уже с 3 лет либо недостаточные фемининность у девочек и маскулинность у мальчиков, либо наоборот, чрезмерная маскулинность как у мальчиков, так и у девочек, или чрезмерная фемининность у тех и у других.

Главными факторами в усвоении своего пола являются не биологические (гормоны, наследственность, состояние головного мозга), а психологические: отношения с родителями, общение со сверстниками, предпочтительные игры, особенности одежды, воспитание и подготовка к жизни в качестве будущих отца, мужа, мужчины или матери, жены, женщины.

Расстройства половой идентификации представлены следующими видами.

*Транссексуализм.* Зависимость личности проявляется здесь наличием желания и стремления быть принятым в качестве лица не своего, а противоположного пола. Осознание своего анатомического пола сопровождается тягостным чувством дискомфорта. Ощущение неадекватности своего пола формируется с детства и особенно остро проявляется в юности.

Больные предпринимают всевозможные меры, чтобы изменить свой пол:

- стремятся получить гормональное и хирургическое лечение;

- изменяют свое имя, носят одежду другого пола и усваивают его поведенческие манеры;

- влюбляются в представителей другого пола и стараются влюбить их в себя;

-стремятся заниматься профессиональной деятельностью, предпочтительной для другого пола;

- проводят различные процедуры с целью изменения своего внешнего вида (мужчины устраняют оволосение, заводят женские прически, пользуются макияжем; женщины стягивают молочные железы, наращивают мускульную массу и т.п.).

Транссексуализм часто сочетается с психопатиями и злоупотреблением психоактивными веществами. Нуждается в отграничении от бредового расстройства.

*Трансвестизм двойной роли*. Понимается как вторичный транссексуализм с непостоянным, временным и несильно выраженным желанием (неистинным желанием) стать представителем другого пола. Ношение одежды противоположного пола у этих больных связано с обострением потребности почувствовать себя другим, испытать от этого удовлетворение, утолить это влечение и больной комфортно ощущает себя в своем анатомическом поле до следующего обострения потребности.

***Расстройства сексуальных влечений (парафилии - нарушения сексуального предпочтения).***

Так обозначаются извращения сексуального влечения по объекту выбора и по способам совершения полового акта или вообще по способам получения полового удовлетворения. Отклонений этого рода существует большое множество, но прежде всего их следует разделить на два типа.

Во-первых, в медицинской сексопатологии выделяют понятие аномалий влечений. Их можно представить по аналогии с акцентуациями характера как вариант нормы, однако нормы краевой, неустойчивой, легко переходящей в патологические формы при развращении, растлении, в состояниях опьянения, при неблагоприятных жизненных обстоятельствах. Такие люди способны к двойной жизни: они могут иметь обычные партнерские половые отношения, иметь семью, детей, ничем внешне не отличаться от других, но потом неожиданно для всех, чаще под влиянием алкоголя или наркотика, могут проявить себя, например, изнасилованием ребёнка да еще в извращенной форме.

Второй вариант представляют лица с более глубокими изменениями личности и психики в целом, с изначальным отсутствием интереса к нормальным и естественным формам межполовых отношений. Они не способны к обычным ухаживаниям, не способны любить, но их извращенные потребности могут быть всезахватывающими и овладевающими и они научаются и приобретают изощренный опыт завлекать свои жертвы. Что же касается моральных задержек и внутреннего торможения, то их личность, как правило, лишена всего этого. Они в основном стерильны в плане угрызений совести, чувств страха, стыда или вины. Тем не менее они отдают отчет своим деяниям и пытаются уйти от ответственности. Особенно опасной формой является обсессивно-компульсивный (навязчиво-овладевающий) сексуальный садизм с крайне жестокой сексуальной агрессией и серийными убийствами, получивший в последние годы название «феномен Чикатило» - по имени человека, совершившего такие убийства в Ростовской области России. А.О.Бухановский с соавторами (1994), обстоятельно изучившие данный феномен, подчеркивают, что он соответствует всем критериям психической и физической зависимости личности. Вместе с тем хорошо известно, что в соответствии с УК РФ лица с подобного рода психическими расстройствами не освобождаются от уголовной ответственности за свои деяния - так же, как и за преступления, совершенные в состоянии опьянения любым психоактивным веществам (УК РФ).

Сексуальные девиации делят на две группы:

- отклонения по объекту сексуального влечения;

- отклонения по способу реализации сексуальных потребностей.

Мы не считаем необходимым давать им здесь подробное описание. Отметим только основные направленности в них.

*Расстройства по объекту сексуального влечении:*

-фетишизм (сексуальный символизм, когда объектом полового влечения является одежда или какой-либо иной предмет);

-пигмалионизм (монументофилия - разновидность фетишизма, при которой роль объекта играют фигуры человеческого тела: статуи, статуэтки, картины, фотографии);

- ретифизм (разновидность фетиша, при которой роль фетиша играет обувь, например туфелька);

- педофилия (половое влечение к детям);

- эфебофилия (половое влечение к мальчикам-подросткам);

- нимфофилия (влечение к девушкам-подросткам);

- зоофилия (влечение к животным: скотоложество, содомия);

- нарциссизм (объектом полового влечения является собственное тело);

- некрофилия (некромания: влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий);

- геронтофилия (половое влечение к лицам пожилого возраста и старикам) и др.

*Расстройства сексуального влечения по способу его удовлетворения:*

-сексуальный садизм (термин произошел от имени французского маркиза де Сада, брутально насиловавшего женщин; при садизме половое удовлетворение достигается путем причинения партнеру физических страданий);

- мазохизм (термин связан с именем австрийского писателя Леопольда Захер Мазоха, описавшего, как его персонажи получали сексуальное удовлетворение от агрессивного с ними обращения);

- вампиризм (стремление ощущать вкус крови партнера, чаще - путем укусов, и тем самым обеспечить себе сексуальное удовлетворение);

- вуайеризм (влечение к подглядыванию за половыми актами или за обнаженными объектами сексуальных предпочтений);

- эксгибиционизм (периодическая или постоянная наклонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям обычно противоположного пола, которая может сопровождаться мастурбацией);

- фроттаж (получение сексуального удовлетворения путем трения в толпе, транспорте и других тесных местах);

- плюрализм (групповой секс с вуайеризмом и эксгибиционизм);

- зоосадизм (разновидность зоофилии и садизма, доставляющая удовольствие от мучения животных).

Общим для обеих групп расстройств полового предпочтения является то, что индивидуум, будучи зависимым от девиантных влечений, или поступает в соответствии с ними, или испытывает сильный дистресс, если сдерживает себя или не может реализовать влечение по объективным причинам. Интенсивность патологических сексуальных влечений обычно колеблется, как и фантазии, связанные с ними, периодически усиливаясь, а затем ослабляясь на какое-то время, особенно, если влечение удалось утолить. Однако, чем чаще влечение удовлетворяется, тем сильнее и постояннее оно дает себя знать и тем изощреннее будут нужны объекты и способы для его удовлетворения. Иначе говоря, здесь тоже имеет место рост толерантности, изменение реактивности и прогрессирование расстройств с патологическим развитием личности.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Зависимость личности при неврозе навязчивостей.**

**Зависимость личности при неврозе навязчивостей**

Навязчивости - это психические автоматизмы, т.е. самопроизвольная психическая активность, вторгающаяся в сознание личности - без ее желания, без санкционирования, без предварительных намерений и даже вопреки истинным осознанным побуждениям. Поэтому навязчивости в большинстве своем мешают, выводят из равновесия, изнуряют, так как бывают очень тягостными и неприятными, причем не только навязчивые страхи (фобии), но также навязчивые воспоминания, представления, мысли, желания, влечения, действия, счет, мелодии и мн. т.п.

В самом слове «навязчивости» заложен смысл неуместности, нежелательности, чуждости пациенту, который борется с ними, пытается от них избавиться, но продолжает оставаться от них зависимым и вынужден изобретать все новые способы и ритуалы своего высвобождения и освобождения, но все больше погружается в них вплоть до очень тяжелых шизофреноподобных форм патологического навязчивого развития личности.

Все формы и виды навязчивостей проявляются на фоне нервно-психической слабости в сочетании с психастеническими чертами характера (повышенной впечатлительностью, тревожностью, мнительностью, склонностью фиксироваться на жизненных событиях и подвергать их бесконечному анализу). Чаще всего навязчивости связаны с невротическими состояниями, но они могут быть обусловлены и шизофренией, и органическим заболеванием головного мозга.

Навязчивости представлены двумя типами. Одни из них проявляются тревогой, страхами, боязнью, опасениями, ожиданиями чего-то плохого или даже катастрофического. Умом больной понимает, что оснований для таких переживаний нет, но ничего поделать с собой не может и волнуется. Этот страх и этот тип навязчивых состояний навязывается фобией (от греч. phobos - страх). Другой тип навязчивостей проявляется непроизвольно появляющимися мыслями, представлениями, образами, воспоминаниями, счетом, звучанием мелодии, влечениями, действиями. Навязчивости этого рода не сопровождаются страхом, но они также субъективно тягостны, так как автоматически вторгаются в сознание. Они получили название обсессий (от лат. obsessus - одержимость) или обсессивно-компульсивных, т.е. овладевающей одержимости, делающей человека не просто зависимо-несвободным, но и подчиняющей его навязчивым побуждениям. Кратко обозначим отдельные формы наиболее часто встречающихся навязчивостей.

*Фобии:*

-агорафобия (страх передвижений вне дома, боязнь путешествий в одиночку, публичных мест, толпы, открытых пространств - вплоть до сильных волнений и панических атак);

-социофобия (боязнь подойти к другим людям, проявить свою несостоятельность перед людьми, страх оказаться в центре внимания, страх смутиться, покраснеть, что-то забыть, закашлять; испытать тошноту, позыв на мочеиспускание; боязнь бывать на людях - в столовой, в библиотеке, на собраниях, в классе - особенно у доски и мн. т.п.);

-дисморфофобия (страх наличия у себя физического недостатка: некрасивого носа, неровных ног, дурнопахнущего тела, некрасивой фигуры, маленькой груди или маленького полового члена и т.д.);

-нозофобия (боязнь наличия у себя одного или нескольких заболеваний: кардиофобия - болезни сердца; сифилофобия - сифилиса; спидофобия - СПИДа; канцерофобия - рака и т.д.);

-ксенофобия (страх перед чужими, боязнь незнакомых лиц);

-клаустрофобия (страх закрытых помещений, узких мест, лифтов, замкнутых пространств);

-танатофобия (страх смерти - навязчивый, с овладевающими представлениями и фантазиями);

- мизофобия (боязнь загрязнения, прикосновения, опоганения, страх замусоренности в квартире, белья, грязных рук и т.д.);

- оксифобия (боязнь острых предметов, иголок, вилок, ножей, булавок, бритв);

- фобофобия (страх перед очередным обострением фобии, боязнь ее повторений).

*Обессивно-компульсивные расстройства:*

-навязчивые мысли (навязчивые идеи: состоят в появлении совершенно ненужных мыслей, мыслей-паразитов, умственной жвачки, хульных мыслей, нецензурных слов; понимая всю их нелепость и относясь к ним с полной критикой, больной тем не менее не может от них избавиться);

- навязчивый счет (непреодолимое желание считать все, что попадает на глаза: машины, дома, пуговицы на одежде, стулья, предметы; составление чисел, номеров, умножение цифр, подсчет печатных знаков и мн. т.п.);

- навязчивые воспоминания (чаще неприятного характера, что хотелось бы забыть, с яркими представлениями всех обстоятельств и с обострением переживаний);

- навязчивые сомнения (тягостное чувство по поводу какого-нибудь дела: выключены ли газовая плита или утюг; замкнута ли квартира; правильно ли сделано нечто и не допущена ли там грубая ошибка; сомнения такого рода нередко заставляют больного по несколько раз проделывать одно и то же, вновь и вновь к нему возвращаться);

- навязчивые влечения (нелепые, ненужные, неуместные желания: кого-то ударить, на кого-то плюнуть, выкрикнуть ругательство, выскочить на скорости из машины; больные всегда сдерживают себя от грубых и опасных влечений, но это им крайне мучительно и дается с большим трудом);

-навязчивые действия (непроизвольные движения и поступки, автоматизмы «между делом»: чертить карандашом или ручкой фигуры; ломать спички; рисовать всевозможные линии или иные изображения; переставлять предметы; подергивать себя за ухо; шмыгать носом; прищелкивать пальцами; потирать руками и мн. т.п.; большинство из них, как видно, можно отнести к категории движений-паразитов);

-ритуалы (навязчивые обряды: поведенческие паттерны, предназначенные для защиты от бед и несчастий, например, - чрезмерно частое мытье рук из-за боязни загрязнения; вращение вокруг оси перед выходом из дома; многократное подергивание уже замкнутой двери; защищая от фобий и принося временное облегчение, ритуалы затем сами становятся навязчивыми и превращаются в потребность.

В отличие от многих других невротических расстройств навязчивости с трудом поддаются пониманию, смысловому анализу и психологической выводимости из обстоятельств жизни больных. Их содержательно-смысловая сторона кажется на первый взгляд нелепой. Это объясняется тем, что смысл навязчивостей кроется в сфере подсознания и часто связан с забытыми переживаниями, вытесненными эмоциями, комплексами, забытыми желаниями и установками. Лишь с помощью психоанализа можно установить, что причиной неврозов навязчивостей являются, прежде всего, те переживания, в которых сталкиваются противоположные тенденции личности: влечения и мораль, желания и долг, привязанности и объективные требования, любовь и ненависть или неуважение, измена и угрызения совести, дружба и ревность и т.д. Каждая из тенденций пытается подавить и вытеснить противоположную, что безмерно изнуряет и истощает личность. Однако, поскольку все же сохраняется осознанный личностный контроль, указанные тенденции прорываются в сознание не прямым смыслом, а видоизмененным, нуждающимся в расшифровке и в выводимости.

Лечение неврозов навязчивостей состоит в психотерапии и применении психофармакологических средств.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Созависимость.**

**Созависимость: характеристики и практика преодоления**

***В. Москаленко***

* [*Дефиниция созависимости*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#1)
* [*Родительская семья созависимых*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#2)
* [*Признаки дисфункциональной семьи*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#3)
* [*Признаки функциональной семьи*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#4)
* [*Сравнение функциональных и дисфункциональных семей*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#5)
* [*Основные характеристики созависимости*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#6)
* [*Треугольник С.Карпмана*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#7)
* [*Параллелизм проявлений зависимости и созависимости*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#8)
* [*Преодоление созависимости*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#9)
* [*Занятие 1. Распознавание и отреагирование чувств*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#10)
* [*Занятие 2. Контролирующее поведение*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#11)
* [*Занятие 3. Отстранение*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#12)
* [*Занятие 4. Акция-реакция*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#13)
* [*Занятие 5. Границы*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#14)
* [*Занятие 6. Родительская семья*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#15)
* [*Занятие 7. Самооценка*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#16)
* [*Занятие 8. Избавление от психологической жертвы*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#17)
* [*Занятие 9. Да, мы умеем думать*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#18)
* [*Занятие 10. Умение хоронить свои потери*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#19)
* [*Занятие 11. Ставим свои собственные цели*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#20)
* [*Занятие 12. Я имею право*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#21)
* [*Заключение*](http://www.narcom.ru/cabinet/online/27.html#22)

В последнее время формы болезненной зависимости от психоактивных веществ — наркомания, токсикомания, алкоголизм — принято объединять общим термином "зависимость от химически активных соединений", или для краткости "химическая зависимость". Больной, страдающий химической зависимостью, редко живет в полной изоляции. Обычно он живет либо в родительской, либо в им созданной семье с детьми и женой (мужем). Химическая зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. В большинстве семей, в которых проживают больные с химической зависимостью, обнаруживаются осложнения, которые в последние 15 лет стали обозначаться термином созависимость (со — приставка, указывающая на совместность, сочетанность действий, состояний).

Созависимость является не только мучительнымсостоянием для страдающего ею (подчас более мучительным, чем сама химическая зависимость), но и для членов семьи, принимающих такие правила и формы взаимоотношений, которые поддерживают семью в дисфункциональном состоянии. Созависимость — это фактор риска рецидива химической зависимости у больного, фактор риска возникновения различных нарушений в потомстве, в первую очередь риска химической зависимости, почва для развития психосоматических заболеваний и депрессии.

Когда говорят о низкой эффективности лечениябольного с химической зависимостью, то часто сетуют на то, что "больной вернулся в ту же среду". Действительно, среда может способствовать рецидиву болезни, особенно внутрисемейная среда.

Химическая зависимость — семейное заболевание. Естьтеории, рассматривающие химическую зависимость как симптом дисфункции семьи. Из этого следует, что система наркологической помощи должна предусматривать не только лечение зависимости от алкоголя, наркотиков, но и лечение созависимости. Помощь необходима как больному, так и другим родственникам, проживающим совместно с ним.

**Дефиниция созависимости**

Единой, всеобъемлющей дефиниции созависимости не существует. Поэтому приходится прибегать к описанию феноменологии этого состояния. После рассмотрения многих определений в литературе этого состояния я приняла в качестве рабочего следующее: "Созависимый человек — этот тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей".

Созависимыми являются:

1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;

2) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных химической зависимостью;

3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

**Родительская семья созависимых**

Созависимые происходят из семей, в которых имели место либо химическая зависимость, либо жестокое обращение (физическая, сексуальная или эмоциональная агрессия), а естественное выражение чувств запрещалось ("не реви", "что-то ты развеселился очень, как бы плакать не пришлось", "мальчикам плакать нельзя"). Такие семьи носят название дисфункциональных.

Семья — это главная система, к которой принадлежит каждый из нас. Система — это группа людей, взаимодействующих как одно целое. Поскольку все части этой системы находятся в тесном контакте, то и улучшение (ухудшение) состояния одного из членов семьи неизбежно отражается на самочувствии других. Чтобы вся семья могла лучше функционировать, необязательно ждать, когда больной химической зависимостью обратится за лечением. Жизнь семьи может существенно улучшиться, если хотя бы один из созависимых членов ее начнет выздоравливать от созависимости.

Наивысшая цель семейной психотерапии — помощь в превращении дисфункциональной семьи в функциональную.

**Признаки дисфункциональной семьи:**

1. Отрицание проблем и поддержание иллюзий.
2. Вакуум интимности
3. Замороженность правил и ролей
4. Конфликтность во взаимоотношениях
5. Недифференцированность "я" каждого члена ("Если мама сердится, то сердятся все")
6. Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной
7. Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдоблагополучия
8. Склонность к полярности чувств и суждений
9. Закрытость системы
10. Абсолютизирование воли, контроля.

Воспитание в дисфункциональной семье подчиняется определенным правилам. Вот некоторые из них: взрослые — хозяева ребенка; лишь взрослые определяют, что правильно, что неправильно; родители держат эмоциональную дистанцию; воля ребенка, расцениваемая как упрямство, должна быть сломлена и как можно скорее.

**Признаки функциональной семьи:**

1. Проблемы признаются и решаются
2. Поощряются свободы (свобода восприятия, мысли и обсуждения, свобода иметь свои чувства, желания, свобода творчества)
3. Каждый член семьи имеет свою уникальную ценность, различия между членами семьи высоко ценятся
4. Члены семьи умеют удовлетворять свои потребности
5. Родители делают то, что говорят
6. Ролевые функции выбираются, а не навязываются
7. В семье есть место развлечениям
8. Ошибки прощаются, на них учатся
9. Гибкость всех семейных правил, законов, возможность их обсуждения.
10. Любой из признаков функциональной семьи может стать целью одного из занятий по групповой психотерапии. Сравнительные характеристики функциональных и дисфункциональных семей в сжатом виде можно представить следующим образом.

**Сравнение функциональных и дисфункциональных семей**

|  |  |
| --- | --- |
| **Функциональные семьи** | **Дисфункциональные семьи** |
| Гибкость ролей, взаимозаменяемость функций | Негибкость ролей, функции ригидны |
| Правила гуманны и способствуют гармонии, поощряется честность | Правила негуманны, им невозможно следовать |
| Границы признаются и уважаются | Границы либо отсутствуют, либо ригидны |
| Коммуникации прямые; чувства открытые, свобода говорить | Коммуникации непрямые и скрытые; чувства не ценятся |
| Поощряется рост и независимость; индивиды способны видеть конфликты | Поощряется либо бунтарство, либо зависимость и покорность; индивиды неспособны разрешать конфликты |
| Исход: приемлемый и конструктивный | Исход: неприемлемый и деструктивный |

Воспитание в дисфункциональной семье формирует те психологические особенности, которые составляют почву созависимости. Рассматривать созависимость только как ответную реакцию на стресс в семье в виде химической зависимости у одного из членов было бы неверно. Стресс выступает как триггер, пусковой механизм, чтобы имевшаяся почва пришла в движение. Здесь уместно напомнить обассортативности браков больных алкоголизмом. Ассортативность браков — это отклонение от панмиксии при выборе брачного партнера. Иными словами, ассортативность — это не случайный выбор супруга, а выбор по наличию определенных признаков. Как правило, подобный выбор делается неосознанно. Ассортативность браков при химической зависимости подтверждается тем, что супруги больны” чаще подвержены аналогичному заболеванию, чем представителиобщей популяции. Второе доказательство заключается в том, что семьи супругов отягощены случаями зависимости не менее часто, чем семьи самих больных с зависимостью. Известно, что дочери больных алкоголизмом отцов выходят замуж за тех мужчин, которые уже больны алкоголизмом или могут заболеть в будущем. Ассортативностью объясняется также и то, что повторный брак часто оказывается также "алкогольным", как и первый.

Из практики групповой психотерапии жен больных химической зависимостью следует, что в группе из 12 женщин обычно 9 человек являются дочерями больных алкоголизмом отцов или матерей.

**Основные характеристики созависимости**

*Низкая самооценка —* это основная характеристика созависимых, на которой базируются все остальные. Отсюда вытекает такая особенность созависимых, как направленность вовне. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от взаимоотношений с другими, хотя они слабо представляют, как другие должны к ним относиться. Из-за низкой самооценки созависимые могут постоянно себя критиковать, но не переносят, когда их критикуют другие, в этом случае они становятся самоуверенными, негодующими, гневными. Созависимые не умеют принимать комплименты и похвалу должным образом, это может даже усиливать у них чувство вины, но в то же время у них может портиться настроение из-за отсутствия такой мощной подпитки своей самооценки, как похвала, "словесные поглаживания" по Э. Берну. В глубине души созависимые не считают себя достаточно хорошими людьми, они испытывают чувство вины, когда тратят на себя деньги или позволяют себе развлечения.

Они говорят себе, что ничего не могут делать как следует из-за боязни сделать ошибку. В их сознании и лексиконе доминируют многочисленные "я должна", "ты должен", "как я должна вести себя с моим мужем?" Созависимые стыдятся пьянства мужа, но также стыдятся и самих себя.

Низкая самооценка движет ими, когда они стремятся помогать другим. Не веря, что могут быть любимыми и нужными, они пытаются заработать любовь и внимание других и стать в семье незаменимыми.

*Компульсивное желание контролировать жизнь других.* Созависимые жены, матери, сестры больных с зависимостью — это контролирующие близкие. Они верят, что в состоянии контролировать все. Чем хаотичнее ситуация дома, тем больше усилий они прилагают по ее контролю. Думая, что могут сдерживать пьянство близкого, контролировать восприятие других через производимое впечатление, им кажется, что окружающие видят их семью такой, какой они ее изображают. Созависимые уверены, что лучше всех в семье знают, как должны развиваться события и как должны себя вести другие члены. Созависимые пытаются не позволять другим быть самими собой и протекать событиям естественным путем. Для контроля над другими созависимые используют разные средства — угрозы, уговоры, принуждение, советы, подчеркивая тем самым беспомощность окружающих ("муж без меня пропадет").

Попытка взять под контроль практически неконтролируемые события часто приводит к депрессиям. Невозможность достичь цели в вопросах контроля созависимые рассматривают как собственное поражение и утрату смысла жизни. Повторяющиеся поражения усугубляют депрессию.

Другим исходом контролируемого поведения созависимых является фрустрация, гнев. Боясь утратить контроль над ситуацией, созависимые сами попадают под контроль событий или своих близких, больных химической зависимостью. Например, жена больного алкоголизмом увольняется с работы, чтобы контролировать поведение мужа. Алкоголизм мужа продолжается, и фактически именно алкоголизм контролирует ее жизнь, распоряжается ее временем, самочувствием и пр.

*Желание заботиться о других, спасать других.* Кто работает в области наркологии, наверное, слышал от жен больных химической зависимостью: "Хочу спасти мужа". Созависимые любят заботиться о других, часто выбирая профессии врача, медсестры, воспитательницы, психолога, учителя. Забота о других перехлестывает разумные и нормальные рамки. Соответствующее поведение вытекает из убежденности созависимых в том, что именно они ответственны за чувства, мысли, действия других, за их выбор, желания и нужды, заихблагополучие или недостаток благополучия и даже за саму судьбу. Созависимые берут на себя ответственность за других, при этом совершенно безответственны в отношении собственного благополучия (плохо питаются, плохо спят, не посещают врача, не удовлетворяют собственных потребностей).

Спасая больного, созависимые лишь способствуют тому, чтоон продолжает употреблять алкоголь или наркотики. И тогда созависимые злятся на него. Попытка спасти никогда не удается. Это всеголишь деструктивная форма поведения и для зависимого, и для созависимого.

Желание спасти больного так велико, что созависимые делают и то, что в сущности не хотят делать. Они говорят "да" тогда, когдаим хотелось бы сказать "нет", делают для близких то, что те сами могут сделать для себя. Они удовлетворяют нужды своих близких, когдатене просят их об этом и даже не согласны, чтобы созависимые это для них делали. Созависимые больше отдают, чем получают в ситуациях, связанных с химической зависимостью близкого. Они говорят и думают за него, верят, что могут управлять его чувствами и не спрашивают, чего хочет их близкий. Они решают проблемы другого, а в совместной деятельности (например, ведение домашнего хозяйства) делают больше, чем им следовало бы делать по справедливому разделению обязанностей.

Такая "забота" о больном предполагает некомпетентность, беспомощность и неспособность его делать то, что делает за него созависимый близкий. Все это дает основание созависимым чувствовать себя постоянно нужными и незаменимыми.

"Спасая" химически зависимого больного, созависимые неизбежно подчиняются закономерностям, известным под названием "Драматический треугольник С. Карпмана" или "Треугольник власти".

**Треугольник С.Карпмана**

Созависимые пытаются спасать других потому, что для них это легче, чем переносить дискомфорт и неловкость, а порой и душевную боль, сталкиваясь с неразрешенными проблемами. Созависимые не говорят: "Это очень плохо, что у тебя такая проблема. Чем я могу тебе помочь?" Их ответ таков: "Я здесь. Я это сделаю за тебя".

Если созависимый человек не научится распознавать моменты, когда ему надо быть спасателем, то он будет постоянно позволять другим ставить себя в положение жертвы. Фактически сами созависимые участвуют в процессе собственной виктимизации. Драма развивается по принципу треугольника С. Карпмана.

Сдвиг ролей в треугольнике сопровождается изменением эмоций, причем довольно интенсивных. Время пребывания созависимого человека в одной роли может длиться от нескольких секунд донескольких лет, за один день можно двадцать раз попеременно побывать в роли спасателя — преследователя — жертвы. Цель психотерапии в данном случае заключается в том, чтобы научить созависимых распознавать свои роли и сознательно отказываться от роли спасателя. Профилактика состояния жертвы заключается в сознательном непринятии роли спасателя.

*Чувства.* Многие поступки созависимых мотивированы страхом, который является основой развития любой зависимости. Страх столкновения с реальностью, страх быть брошенной, страх, что случится самое худшее, страх потери контроля над жизнью и т. д. Когда люди находятся в постоянном страхе, у них появляется прогрессирующая тенденция к ригидности тела, духа, души. Страх сковывает свободу выбора. Мир, в котором живут созависимые, давит на них, неясен им,полон тревожных предчувствий, ожиданий плохого. В таких обстоятельствах созависимые становятся все более ригидными и усиливают свой контроль. Они отчаянно пытаются сохранить иллюзию построенного ими мира.

Помимо страха у созависимых могут преобладать в эмоциональной сфере и другие чувства: тревога, стыд, вина, затянувшееся отчаяние, негодование и даже ярость.

Есть, однако, еще одна характерная особенность эмоциональной сферы — обнубиляция чувств (затуманивание, неясность восприятия) либо даже полный отказ от чувств. По мере длительности стрессовой ситуации в семье у созависимых растут переносимость эмоциональной боли и толерантность негативных эмоций. Способствует росту толерантности такой механизм эмоционального обезболивания,как отказ чувствовать, потому что чувствовать слишком больно.

Жизнь созависимых протекает так, как будто и не воспринимается всеми чувствами. У них как бы утрачены навыки распознаваниями понимания своих чувств. Они слишком поглощены удовлетворением желаний других людей. Одно из определений созависимости гласит. "Созависимость — это отказ от себя". Созависимые даже думают,что не имеют права на свои чувства, они готовы отречься от своегочувственного опыта.

Кроме того, что созависимые утратили естественную связь со своими чувствами, они еще привыкли к искажению чувств. Они усвоили, что можно испытывать лишь приемлемые чувства. Созависимаяжена хочет видеть себя доброй, любящей, но на самом деле испытывает чувство негодования по поводу пьянства мужа. В результате ее гнев трансформируется в самоуверенность. Трансформация чувств происходит подсознательно.

Гнев занимает большое место в жизни созависимых. Они чувствуют себя уязвленными, обиженными, рассерженными и обычно склонны жить с людьми, которые чувствуют себя точно так же. Они боятся собственного гнева и гнева других людей. Проявление гнева часто используется для того, чтобы держать на расстоянии от себя того, с кем трудно строить взаимоотношения — "Я сержусь, значит он уйдет". Созависимые стараются подавить свой гнев, но это не приводит к облегчению, а лишь усугубляет состояние. В связи с этим созависимые могут много плакать, длительно болеть, совершать отвратительные поступки для сведения счетов, проявлять враждебность и насилие. Созависимые считают, что их "заводят", вынуждают злиться, и поэтому они наказывают за это других людей.

Вина и стыд — часто присутствуют в их психологическом состоянии. Они стыдятся как собственного поведения, так и поведения своих близких, страдающих химической зависимостью, поскольку у созависимых нет четких границ личности. Стыд может приводить к социальной изоляции, чтобы скрыть "позор семьи", созависимые перестают ходить в гости и приглашать людей к себе.

Негативные чувства в силу своей интенсивности могут генерализовываться и распространяться на других людей, в том числе на психотерапевта. Легко возникает ненависть к себе. Сокрытие стыда, ненависти к себе могут выглядеть как надменность и превосходство (еще одна трансформация чувств).

*Отрицание.* Созависимые используют все формы психологической защиты: рационализацию, минимизацию, вытеснение и пр., но более всего отрицание. Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьезного не происходит ("просто вчера опять он пришел пьяный"). Они как будто уговаривают себя в том, что завтра все будет лучше. Порою созависимые постоянно заняты чем-то, чтобы не думать о главной проблеме. Они легко обманывают себя, верят в ложь, верят всему, что им сказали, если сказанное совпадает с желаемым. Самым ярким примером легковерия, в основе которого лежит отрицание проблемы, является ситуация, когда жена больного алкоголизмом продолжает десятилетиями верить, что он бросит пить и все само собой изменится. Они видят только то, что хотят видеть, и слышат только то, что хотят слышать.

Отрицание помогает созависимым жить в мире иллюзий, поскольку правда настолько болезненна, что они не могут ее вынести. Отрицание — это тот механизм, который дает им возможность обманывать себя. Нечестность даже по отношению к себе — это утрата моральных принципов, ложь неэтична. Обман себя — это деструктивный процесс как для самого индивида, так и для других. Обман — форма духовной деградации.

Созависимые отрицают у себя наличие признаков созависимости.

Именно отрицание мешает мотивировать их на преодоление собственных проблем, попросить помощи, затягивает и усугубляет химическую зависимость у близкого, позволяет прогрессировать созависимости и держит всю семью в дисфункциональном состоянии.

*Болезни, вызванные стрессом.* Жизнь созависимых сопровождают телесные недуги. Это психосоматические нарушения, такие, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колиты, гипертензия, головные боли, нейроциркуляторная дистония, астма, тахикардия, аритмия и др. Созависимые легче, чем другие люди, становятся зависимыми от алкоголя либо от транквилизаторов.

Они болеют от того, что пытаются контролировать то, что в принципе не поддается контролю (чью-то жизнь). Созависимые много работают. Они содержат в порядке вещи. Много сил тратят на то, чтобы выжить, из-за чего у них развивается функциональная недостаточность. Появление психосоматических заболеваний свидетельствует о прогрессировании созависимости.

Оставленная без внимания, созависимость может привести к смерти из-за психосоматического заболевания, невнимания к собственным проблемам.

Таким образом, проявления созависимости довольно разнообразны. Они касаются всех сторон психической деятельности, мировоззрения, поведения человека, системы верований и ценностей, а также физического здоровья.

**Параллелизм проявлений зависимости и созависимости**

Некоторые авторы считают, что созависимость является такой же болезнью, как и зависимость. Мы не вполне разделяем эту точку зрения. Возможно, созависимость скорее отвечает критериям патологического развития личности. В любом случае созависимость можно глубже понять, опираясь на термины описательной психологии, чем на термины, обозначающие психические нарушения. Глубокое понимание личности в особенности необходимо тогда, когда мы стремимся оказать ей психологическую, а не медикаментозную помощь.

Чем бы ни являлась созависимость - отдельной болезнью, реакцией на стресс или развитием личности, - сравнение этого состояния с зависимостью лишь помогает глубже понять изучаемое явление.

Созависимость — зеркальное отражение зависимости. Основными психологическими признаками любой зависимости является триада:

- обсессивно-компульсивное мышление, когда речь идет о предмете зависимости (об алкоголизме, наркотиках);
- отрицание как форма психологической защиты;

утрата контроля. Химическая зависимость поражает как индивида, так и его семью:

- физически;
- психологически;
- социально.

Указанные выше признаки относятся и к созависимости. Сходство зависимости и созависимости усматривают в том, что оба состояния:

а) представляют собой первичное заболевание, а не симптом иного заболевания;
б) приводят к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации;
в) при невмешательстве могут привести к преждевременной смерти;
г) при выздоровлении требуют системного сдвига как в физическом, так и в психологическом плане.

Пристрастие к алкоголю и наркотикам и созависимость в равной степени отбирают у больного и его близких, совместно с ним проживающих, энергию, здоровье, подчиняют себе их мысли, эмоции. В то время как больной навязчиво думает о прошлой или будущей выпивке (потреблении химических веществ), мысли его жены (матери) столь же навязчиво направлены на возможные способы контроля над его поведением.

Для наглядности представим параллелизм проявлений обоих состояний в виде таблицы.

**Таблица. Параллелизм проявлений зависимости и созависимости**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Признак** | **Зависимость** | **Созависимость** |
| Охваченность сознания предметом пристрастия | Мысль об алкоголе или другом веществе доминирует в сознании | Мысль о близком, больном химической зависимостью, доминирует в сознании |
| Утрата контроля | Над количеством алкоголя или другого вещества, над ситуацией, над своей жизнью | Над поведением больного и над собственными чувствами, над своей жизнью |
| Отрицание, минимизация, проекция | "Я не алкоголик", "Я не очень много пью" | "У меня нет проблем", проблемы у моего мужа" |
| Рационализация и другие формы психологическойзащиты | "Друг пригласил на день рождения" |   |
| Агрессия | Словесная, физическая | Словесная, физическая |
| Преобладающие чувства | Душевная боль, вина, стыд, страх | Душевная боль, вина, стыд, ненависть, негодование |
| Рост толерантности | Увеличивается переносимость все больших доз вещества (алкоголь, наркотики | Растет выносливость к эмоциональной боли |
| Синдром похмелья | Для облегчения синдрома требует новая доза вещества, к которому имеется пристрастие | Порвав взаимоотношения с зависимым человеком, созависимые вступают в новые деструктивные взаимоотношения |
| Опьянение | Часто повторяющееся состояние в результате употребления химического вещества | Невозможность спокойно, рассудительно, т.е. трезво, мыслить |
| Самооценка | Низкая, допускающая саморазрушающее поведение | Низкая, допускающая саморазрушающее поведение |
| Физическое здоровье | Болезни печени, сердца, желудка, нервной системы | Гипертензия, головные боли, "невроз" сердца, язвенная болезнь |
| Сопутствующие психические нарушения | Депрессия | Депрессия |
| Перекрестная зависимость от других веществ | Зависимость от алкоголя, наркотиков, транквилизаторов может сочетаться у одного индивида | Помимо зависимости от жизни больного, возможна зависимость от транквилизаторов, алкоголя, и др. |
| Отношение к лечению | Отказ от помощи | Отказ от помощи |
| Условия выздоровления | Воздержание от химического вещества, знание концепции болезни, долгосрочная реабилитация | Отстранение от человека, с которым имеются длительное время близкие отношения, знание концепции созависимости, долгосрочная реабилитация |
| Эффективные программы выздоровления | Программа 12 шагов, психотерапия, группы самопомощи типа АА | Программа 12 шагов, психотерапия, группы самопомощи типа Ал-Анон |

Перечень сходных признаков, представленных в таблице, не является исчерпывающим. Как зависимость, так и созависимость являются длительным, хроническим состоянием, приводящим к страданиям и деформации духовной сферы. У созависимых эта деформация выражается в том, что они вместо любви питают к близким ненависть, теряют веру во всех, кроме себя, хотя своим здоровым импульсам тоже не доверяют, испытывают жгучее чувство ревности, зависти и безнадежности. Жизнь у зависимых больных и их созависимых близких проходит в условиях социальной изоляции (общение с собутыльниками не является полноценным).

Химическую зависимость часто называют болезнью безответственности. Больной не отвечает ни за последствия употребления химического вещества, ни за разрушение своего здоровья, он также безответ-ственнен по отношению к другим членам семьи, не выполняет родительских обязанностей. Созависимые лишь внешне производят впечатление сверхответственных людей, однако они в равной степени безответственны к своему состоянию, к своим потребностям, к своему здоровью и тоже не могут выполнять родительских обязанностей.

**Преодоление созависимости**

Для преодоления созависимости применяется программа, включающая в себя: образование по вопросам зависимости и созависимости, семейная система, индивидуальная и групповая психотерапия, семейная психотерапия, супружеская терапия, а также подкрепление в виде посещения групп самопомощи типа Ал-Анон, чтение литературы по соответствующей проблеме.

В лечебных центрах США, где семейные программы являются стационарными, лица, включенные в программу, заняты практически с 8 часов утра до 22 часов, проводя ежедневно следующие мероприятия: лекции, групповые обсуждения в малых группах, постепенное освоение программы 12 шагов, обучение техники релаксации и преодоления стресса, прослушивание лекций бывших пациентов об их собственном опыте, просмотр видеофильмов, индивидуальное консультирование, работа с литературой, заполнение опросников, ведение дневника чувств.

Наш собственный опыт оказания помощи созависимым охватывает лишь такие формы работы, как лекции, индивидуальное консультирование и индивидуальная психотерапия. Главным же методом и наиболее желательным является групповая психотерапия. Дополнительно к этому у нас практикуется ведение дневника с выполнением домашних заданий, чтение рекомендуемой литературы. После завершения программы психотерапевт рекомендует продолжать занятия, способствующие выздоровлению, в группах Ал-Анон.

Само собой разумеется, что психотерапевт лишь предлагает лечение, а созависимый индивид выбирает его или отвергает, т.е. работа основана на принципе добровольности. Отсев обратившихся за помощью большой, но это не должно смущать психотерапевта, так как людям с таким состоянием свойственно сопротивление любому вмешательству. Девизом многих созависимых могли бы быть слова: "Умру, но не изменюсь".

Формирование психотерапевтических групп должно происходить после индивидуальной консультации, в ходе которой изучаются внутрисемейная ситуация, характер взаимоотношений между членами семьи и психическое состояние обратившегося за помощью. В процессе всего лечебного контакта больному с химической зависимостью предоставляется возможность обращаться за медицинской помощью в данное лечебной учреждение, где лечится созависимый родственник. В нашей практике в основном было так — первой за помощью обращалась супруга больного, а сам больной приходил на лечение через несколько месяцев после начала лечения супруги. В редких случаях лечение супругов было одновременным (он лечился стационарно, она амбулаторно). Около половины лиц, страдающих химической зависимостью, приходили на лечение после того, как их близкие включались в программу выздоровления от созависимости и делали определенные успехи.

Мы работали вначале с группами открытого типа, затем предпочтение стали отдавать группам закрытого типа, т.е. раз сформировавшись, группа уже не принимала новых членов. В группахзакрытого типа обеспечивается больший психологический комфорт для своихчленов. Оптимальная их численность 10-12 человек. Если в группе меньше лиц, то разнообразие ситуаций и мнений, которые служат основой для освоения новых навыков внутрисемейных взаимоотношений, недостаточно велико. Если число лиц в группе больше 12, то трудно выслушать мнение каждого. Если член группы не "выговорится" у него может остаться чувство неудовлетворенности.

Психотерапевтические занятия рекомендуется проводить 1 раз в неделю, длительностью 2,5-3 ч. В стационарных условиях занятия можно проводить ежедневно.

Собственно групповой психотерапии предшествует образовательная программа с изложением концепции зависимости и созависимости, основных признаков созависимости, концепции дисфункциональной семьи, форм психологической защиты (6 лекций по 2 часа каждая). Проведение образовательной части программы, как впрочем и вся психотерапия в целом, обеспечивается творческим подходом к ней.

Темы лекций могут варьировать в зависимости отпотребностей группы, их интереса к тем или иным сторонам функционирования семей.

Ниже приводим краткое изложение тем, которые мы обсуждали в группах по преодолению созависимости. Обсуждение темы включало разнообразные виды психотерапевтических методов, которые по нашему мнению были уместными по ходу занятий. Начинались и заканчивались групповые дискуссии молитвами о спокойствии духа и молитвами, применяющимися в гештальт-терапии.

http://aacaravan.narod.ru/sozavim.html