
Терапия последствий детских травм, депривации и насилия как профилактика аддиктивного поведения

В. В. Барцалкина,

кандидат психологических наук, доцент, заведующая лабораторией медико-психологической реабилитации Московского городского психолого-педагогического университета (bartsalkina50@mail.ru)

В статье освещаются вопросы, связанные с природой аддиктивного (зависимого) поведения и ролью ранней психологической травмы в его формировании. Материалы статьи дают представление об общих стратегиях работы с зависимыми детьми и взрослыми. Особое внимание уделено уникальной теоретической и терапевтической модели, разрабатываемой профессором Мэрилин Мюррей (США) на основании ее собственного терапевтического опыта и обширной работы с широким кругом клиентов. «Метод Мюррей» дающий ясное и логичное объяснение последствий детских травматических переживаний, приводящих к формированию различных форм аддиктивного поведения, рекомендуется для проведения индивидуальной и семейной терапии, а также для широкого круга созависимых клиентов, групп и семей.

Ключевые слова: аддикции, профилактика, аддиктивное поведение, психическая травма, терапия, субличность, защитный механизм.

Аддиктивное поведение – это одна из форм девиантного поведения личности, которая характеризуется патологическим пристрастием к чему-то или кому-то в целях саморегуляции или адаптации. Предметом такого пристрастия могут стать наркотики, сексуальный партнер, пища, деньги, власть, азартные игры, т. е. любой объект или вид активности. При аддиктивном поведении наблюдается широкий спектр патологии различной степени тяжести – от пограничного поведения до тяжелой психологической и физической зависимости. При его развитии происходит постепенное разрушение в человеке уверенности в себе, появляется стыд за себя, сужается социальная активность и интересы, теряются контакты со своими потребностями, блокируются возможности личностного роста и развития здоровых отношений с людьми.

Несмотря на актуальность проблемы, связанной с количественным ростом зависимых людей во всем мире, единая теория возникновения аддикций на сегодняшний день отсутствует. Признается, что аддикция представляет собой результат сложного и

плохо предсказуемого взаимодействия наследственных, биохимических, социальных и индивидуально-психологических факторов. По мнению И. Н. Пятницкой [7], в области изучения причин возникновения наркомании наука располагает знаниями лишь описательного характера. Однако в последнее десятилетие появляется все больше работ как в отечественной науке, так и за рубежом, где уделяется особое внимание глубинным причинам возникновения аддикций в детском и подростковом возрасте.

Среди психологических факторов, создающих условия для развития аддиктивного поведения, большое значение придается неблагополучию в семье. Системная семейная психотерапия рассматривает аддикцию как семейное заболевание, «семейную проблему». Ребенок, растущий в дисфункциональной семье, испытывает воздействие всего комплекса негативных факторов, ведущих к развитию заболевания [2]. В работе Е. В. Битюцкой [3] показано, что конфликтность в семье является одним из признаков трудной жизненной ситуации, искажающей систему когнитивного оценивания у подростка. Эмоциональный дистресс, высокая тревожность и низкая самооценка становятся основной причиной употребления наркотиков в подростковой среде. Другие авторы подчеркивают особую роль матери в формировании у ребенка риска возникновения аддикций: матери, которые не в состоянии адекватно откликаться на эмоциональные потребности ребенка, создают одну из ведущих причин будущей аддиктивности ребенка [4].

В исследовании американских психологов было показано, что жесткий родительский стиль является предиктором зависимого поведения в последующих поколениях [12]. Было признано также, что возраст 10 лет является критичным в развитии зависимости для детей, переживающих глубокую обиду. Подчеркивается, что в этом возрасте обсессивно-компульсивные состояния чреватые их трансляцией на дальнейшую жизнь и стратегией избегания посредством алкоголя и наркотиков [11]. Проблема жестокости по отношению к ребенку – в семье, в среде сверстников, со стороны взрослых – сфокусировала все направления профилактики этого явления. Было установлено, что длительное пребывание в «пространстве жестокости» провоцирует феномен «парадоксального самоуничтожения» как один из способов избегания травмирующей среды, искажает поведенческие паттерны, межличностное взаимодействие, когнитивные способности и влияет на всю последующую жизнь [10], а детское переживание насилия определяет совокупность проблем со здоровьем в зрелом возрасте (поражение органов дыхания, язвенные болезни, психические нарушения).

Оценке качества жизни детей разных возрастных групп посвящена работа Е. Бахадовой [1]. Главным критерием оценки явилось субъективное представление ребенка о себе. Исследование опиралось на позицию Л. С. Выготского и Л. И. Божович о социальной ситуации развития, где подчеркивалась важность не только самой внешней среды, в

которой живет и социализируется ребенок, но и его переживаний и отношения к ней. Была проанализирована связь различных особенностей семейной среды и балльных суммарных оценок (физического, эмоционального, социального и умственного функционирования) качества жизни детей разных возрастных групп. Оказалось, что максимальное негативное воздействие испытывают на себе дети возраста двух-четырех лет, живущие в неблагополучных семьях. В этом возрасте проблемы качества жизни в наибольшей мере выражены (по мере убывания) у детей из семей наркоманов, правонарушителей, пьющих и характеризующихся конфликтностью. Такие дети, вырастая, испытывают социальную дезадаптацию. В группе детей 8-12 лет резко возрастает частота девиантного поведения по показателям успеваемости (33 %), аморальности (20 % по сравнению с 2,9 % в возрасте детей 5-7 лет), табакокурения (9,6 % и 2,9 % соответственно), побегов из дома (11,7 % и 2,9 % соответственно), бродяжничеству (8,5 % и 2,9 % соответственно). В возрастной группе 13-17 лет резко усиливаются вовлеченность в табакокурение (31 %), токсикоманию, пьянство, эмоциональное насилие над другими. Показано, что в возрасте 2-4 лет и в 5-7 лет наблюдается наличие 14 факторов влияния на ребенка. Наркомания и половая распущенность отца/отчима усугубляют неблагополучие ребенка в возрасте 2-4 лет соответственно в 6,3 и в 4,8 раза (наркомания и половая распущенность матери – соответственно в 2,2 и 2,8 раза).

Следуя психоаналитической традиции, современные исследователи особое место в понимании корней аддиктивного поведения отводят наличию у человека *ранней психической травмы*, следствием которой является склонность зависимого часто испытывать сильные негативные чувства: депрессию, тревогу, пустоту, вину, стыд, никчемность, страх, злость. Аддиктивное поведение имеет целью ослабить эти негативные чувства, которые переживаются аддиктами гораздо интенсивнее, чем здоровыми людьми, в силу приостановки развития в эмоциональной сфере. При этом своего рода «карта» чувств у каждого аддикта своя. Соответственно и формы аддиктивного поведения неосознанно подбираются зависимыми адекватно тому чувству, которое требуется нейтрализовать. Например, у некоторых аддиктов наблюдается так называемая «алекситимия», т. е. неумение, неспособность дифференцировать свои чувства. В случае сильной детской травмы ребенок вынужден каким-то образом спастись, как бы «отключая» свои чувства. Этим объясняется, в частности, приверженность некоторых аддиктов к стимулирующим химическим веществам, что помогает им разнообразить свои переживания.

В психоаналитической традиции в качестве главной причины всех аддиктивных расстройств рассматривается *страдание*, которое аддикты пытаются облегчить с помощью, например, наркотиков, что является отражением *базовых трудностей в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства,*

самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе [6]. Травмирующее, оскорбительное или пренебрежительное поведение родителей разрушает эти аспекты психологической жизни.

Данное положение согласуется с идеей важности чувства безопасности в развитии ребенка, являющейся одной из главных в теории А. Адлера и ряда психотерапевтических направлений, базирующихся на психоанализе и гуманистической психологии. Так, К. Хорни [9] пишет, что в развитии ребенка «главным злом» является отсутствие подлинной теплоты и привязанности, возникающее по причине неспособности родителей давать любовь вследствие их собственных неврозов. Хайнц Кохут [6] также считает, что в основе всех аддиктивных расстройств лежат нарушения эмоционального развития. В качестве основного фактора предрасположенности к зависимости рассматривается *детская психическая травма*.

Базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и целостности развивается у ребенка на основе ощущения физической и эмоциональной безопасности и защищенности. Если установление базового доверия между матерью и ребенком завершилось успешно, ребенок чувствует себя в достаточной безопасности, чтобы исследовать внешний мир и в последующем, в возрасте двух-трех лет, завершить свое так называемое второе, или «психологическое» рождение. У него развивается ощущение своего «Я», которое дает возможность учиться брать на себя ответственность за свои действия, делиться, взаимодействовать и сдерживать агрессию, адекватно относиться к авторитету других, выражать свои чувства и эффективно справляться со страхами и тревогой. Если эта стадия не завершена до конца, ребенок становится психологически зависимым от других [8].

Практика терапии негативных последствий детских травм, депривации и насилия показала, что зависимым пациентам требуется гораздо большая поддержка, структурность, комфорт, эмпатия со стороны терапевта, чем могло предоставить классическое психоаналитическое лечение. Отношения между терапевтом и клиентом могут стать мощным инструментом воздействия на поведение аддикта при условии, что для построения таких отношений терапевту необходимо быть безоценочным, эмпатическим и авторитетным.

При работе с зависимыми пациентами преследуется несколько психотерапевтических мишеней.

Во-первых, укрепление самооценки аддикта, оздоровление его отношений с людьми. Терапевт помогает клиенту, с одной стороны, увидеть свои положительные стороны, с другой – поддерживает в выработке трезвого отношения к себе, включая признание своих слабостей и недостатков. Таким образом, преодолевается колебание аддикта между состоянием униженности «Я» и состоянием самовозвышения. То же самое относится и к

восприятию других людей.

Во-вторых, делается акцент на работу по уменьшению психологической уязвимости аддиктов и восстановлению функции заботы о себе: научение клиентов навыкам анализа реальности, рассудительности, умению воспринимать сигналы тревоги и видеть причинно-следственные связи, навыкам самоутешения и самоуспокоения. Заботливая и терпеливая позиция терапевта может быть через некоторое время интернализирована клиентом. Важным нюансом в работе с аддиктами является обучение навыкам просить и получать поддержку от других.

В-третьих, идет работа с трудностями модуляции аффекта. Терапевт помогает аддикту идентифицировать эти чувства, связывать их с окружающими событиями и взаимодействием с остальными людьми, увеличивает способность удерживать эмоции в границах переносимого. Особенностью работы с аддиктами является необходимость постоянного выявления, прояснения и преодоления саморазрушающих защит, которые используются для маскировки или отрицания собственной уязвимости. Отрицание зависимости – особенность аддиктов, отмечаемая психологами самых разных школ.

По многочисленным наблюдениям специалистов, информирование пациентов о природе их расстройства приносит им явное облегчение. Кроме того, признание и подтверждение пациенту реальности прошлой и настоящей травмы, насилия, пренебрежения обладает большим терапевтическим воздействием.

Перечисленные общие стратегии работы с зависимыми в полной мере нашли свое отражение в уникальной теоретической и терапевтической модели, разрабатываемой профессором Мэрилин Мюррей (США) с 1981 года на основании ее собственного терапевтического опыта и обширной работы с широким кругом клиентов [5].

«Метод Мюррей» является продуктивной теоретической и терапевтической моделью. В практическом плане метод успешно развивает идеи системной семейной психотерапии, предлагая целый ряд уникальных инновационных психотехнологий, дающих возможность проведения терапии, в первую очередь, с детьми и взрослыми, пережившими эмоциональную депривацию и жестокое обращение (сексуальное, физическое, эмоциональное насилие), а также с людьми, страдающими различными формами аддиктивного поведения.

Теоретическая концепция данного метода основана на психоаналитической традиции. Детский травматический опыт, спровоцированный ситуациями эмоциональной депривации, жестокого обращения и насилия, по мнению автора, сопровождается переживаниями внутренней дисгармонии, дискомфорта и ощущением «Я-плохой». Следствием этого является активизация ответных защитных механизмов. К числу наиболее распространенных защит относятся *подавление и обезболивание*, а также *отвлекающие*

приемы, предназначенные для *временного* облегчения боли и стресса. Аддиктивная личность защищает поврежденное и уязвимое «Я», стараясь избавиться от своих невыносимых страданий с помощью разрушающих ее защит, которые становятся *постоянными*, порождающими искаженные мысли и чувства, а также неспособность позаботиться о себе.

Одно из ключевых понятий «Метода Мюррей» – субличность «естественный ребенок». Он обладает интеллектом, талантами, творческими способностями, особенностями личности и внешности, способен испытывать все чувства. Под влиянием негативных внешних воздействий, таких как травма, оскорбление, пренебрежение, болезнь и т. д., целостность «естественного ребенка» разрушается и расщепляется, в результате чего появляется еще одна субличность – «плачущий ребенок».

В «плачущем ребенке» содержатся только болезненные чувства: грусть, страх, обида, злость, одиночество, беспомощность. Для защиты «плачущего ребенка» «естественный ребенок» создает «контролирующего ребенка». По мнению М. Мюррей, это врожденный защитный механизм, позволяющий использовать все средства, чтобы избавиться от эмоциональной боли. К числу самых распространенных защит, используемых «контролирующим ребенком», относятся:

- *репрессия и обезболивание*: для этого используются еда, алкоголь, наркотики, медикаменты, секс, табак;
- *отвлечение*: осуществляется с помощью школы, работы, религии, спорта, музыки, телевизора, компьютера, навязчивой заботы о других, азартных игр, постоянной занятости.

В качестве защитного механизма «контролирующий ребенок» должен использоваться как временная помощь для снижения боли во время стресса. Если защита используется постоянно, это может приводить к развитию патологических пристрастий, формируя различные виды зависимостей. Кроме того, могут возникать нездоровые сочетания «плачущего ребенка» и «контролирующего ребенка». Это происходит тогда, когда нужды «плачущего ребенка» не удовлетворяются, и «контролирующий ребенок» теряет возможность сдерживать (подавлять) боль «плачущего ребенка», в результате чего формируются в качестве защитных такие субличности, как:

- «разгневанный бунтующий ребенок» – открыто враждебный и агрессивный по отношению к другим;
- «упрямый эгоистичный ребенок» – пассивно-агрессивный, манипулятор, интриган, ведет себя уклончиво, мстит.

Общие черты этих двух субличностей: безрассудность; склонность к оправданию себя и обвинению других; они делают только то, что им хочется, даже если знают, что эти

действия принесут *вред* им самим и/или другим людям; нежелание смотреть на последствия своих действий и отказ нести за них ответственность; являясь жертвой, становятся обидчиками (по отношению к себе и/или окружающим).

Любая из этих двух субличностей, так или иначе, разрушает целостность внутреннего мира человека. Во взрослом возрасте это может привести к формированию зависимого поведения; узкому диапазону эмоций; депрессии, склонности к суициду; демонстративному поведению; безответственному поведению и т. д.

Цель терапии – «здоровая уравновешенная личность». Это интегрированный, гармоничный человек: разумный, рассудительный, ответственный, но в то же время глубоко соединенный с чувствами. «Здоровая уравновешенная личность» – сбалансированное, эффективное сочетание «естественного ребенка» с положительными, сильными качествами «плачущего ребенка» и «контролирующего ребенка».

Таким образом, терапию негативных последствий детских травм, депривации и насилия можно рассматривать, с одной стороны, как первичную профилактику, которая обеспечивает человеку (прежде всего детям и молодежи) внутренние условия для оптимального развития личностного потенциала, с другой стороны, как вторичную профилактику, направленную на устранение выраженных факторов риска, которые, в свою очередь, при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению и рецидиву аддиктивного поведения. Данный вывод послужил основанием для включения метода Мюррей в Многоуровневую образовательную программу подготовки специалистов в области терапии и профилактики зависимостей, разработанную лабораторией медико-психологической реабилитации МГППУ в рамках Приоритетного национального проекта «Образование» (Россия, 2007-2008 годы).

Литература

1. Бахадова Е. В. Неблагополучная семья как фактор формирования девиантного поведения детей // Вопросы психологии. 2009. № 1.
2. Березин С. В., Лисецкий К. С. Наркомания глазами семейного психолога. СПб., 2005.
3. Битюцкая Е. В. Трудная жизненная ситуация: критерии когнитивного оценивания // Психологическая наука и образование. 2007. № 4.
4. Калмыкова Е. С., Гагарина М. А., Падун М. А. Роль типа привязанности в генезе аддиктивного поведения // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 6; 2007. Т. 28. № 1.
5. Мюррей М. Узник иной войны. М., 2004.
6. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М., 2000.
7. Пятницкая И. Н. Наркомании. Л., 1994.

8. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости. М., 2002.
9. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1993.
10. Conger Rand D., Belsky Jay, Capald Deborah M. The intergenerational transmission of parenting: closing comments for the special section // *Developmental Psychology*. 2009. Vol 45. № 5.
11. Muller Robert T., Gragtmans Kristin, Baker Robin. Childhood physical abuse, attachment and adult social support: Test of a mediational model // *Canadian Journal of Behavioural Science*. Apr 2008. Vol. 40. Iss. 2. ProQuest Psychology Journals.
12. Shaffer Anne, Burt Keith B., Obradovic' Jelena, Herbers Janette E., Masten Ann S. Intergenerational continuity in parenting quality: The mediating role of social competence // *Developmental Psychology*. 2009. Vol 45. № 5.

The Therapy for the Effects of Childhood Traumas, Deprivation and Violence as a Prevention of Addictive Behavior

V. V. Bartsalkina,

PhD in Psychology, Associate Professor, Head of the Medical and Psychological Rehabilitation Laboratory at the Moscow State University of Psychology and Education (bartsalkina50@mail.ru)

The article reveals the nature of addictive behavior, and the role of early psychological trauma in its formation. The materials of the article deal with the common strategies for working with addictive children and adults. Particular attention will be paid to a unique theoretical and therapeutic model developed by Professor Marilyn Murray (USA). "The Murray Method" is based on the author's therapeutic experience and extensive work with a wide range of clients. It provides a clear and logical explanation of the childhood traumatic experiences, the effects of which lead to the formation of various forms of addictive behavior. The proposed method is recommended for individual and family therapy, for working with a wide range of co-dependent clients, groups and families.

Keywords: addictions, prevention, addictive behavior, psychic trauma, therapy, subpersonality, defence mechanism.

References

1. Bahadova E. V. Neblagopoluchnaja sem'ja kak faktor formirovanija deviantnogo povedenija detej // Voprosy psihologii. 2009. № 1.
2. Berezin S. V., Liseckij K. S. Narkomanija glazami semejnogo psihologa. SPb., 2005.
3. Bitjuckaja E. V. Trudnaja zhiznennaja situacija: kriterii kognitivnogo ocenivanija // Psihologičeskaja nauka i obrazovanie. 2007. № 4.
4. Kalmykova E. S., Gagarina M. A., Padun M. A. Rol' tipa privjazannosti v geneze addiktivnogo povedenija // Psihologičeskij zhurnal. 2006. T. 27. № 6; 2007. T. 28. № 1.
5. Mjurrej M. Uznik inoj vojny. M., 2004.
6. Psihologija i lečenje zavisimogo povedenija / Pod red. S. Daulinga. M., 2000.
7. Pjatnickaja I. N. Narkomanii. L., 1994.
8. Uajnhold B., Uajnhold Dzh. Osvoboždenie ot sozavisimosti. M., 2002.
9. Horni K. Nevrotičeskaja ličnost' našego vremeni. Samoanaliz. M., 1993.

10. Conger Rand D., Belsky Jay, Capald Deborah M. The intergenerational transmission of parenting: closing comments for the special section // *Developmental Psychology*. 2009. Vol 45. № 5.
11. Muller Robert T., Gragtmans Kristin, Baker Robin. Childhood physical abuse, attachment and adult social support: Test of a mediational model // *Canadian Journal of Behavioural Science*. Apr 2008. Vol. 40. Iss. 2. ProQuest Psychology Journals.
12. Shaffer Anne, Burt Keith B., Obradovic´ Jelena, Herbers Janette E., Masten Ann S. Intergenerational continuity in parenting quality: The mediating role of social competence // *Developmental Psychology*. 2009. Vol 45. № 5.