

ОБЩЕСТВЕННАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ
(НЗ Нации)

Российский благотворительный фонд
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)

Реабилитационные программы

Под общей редакцией О.В. Зыкова

Москва, 2012

Автор-составитель: Автономов Д.А.

Авторская группа: Автономов Д.А., Герасимов Р.В., Ларина О.В., Максимовская А.А, Петров М.Л., Петрова И.В., Плющева О.А., Пономарева Е.И., Ремизова И. В., Топал Н.С., Тумольская Е.А.

Серия изданий «Правовая наркология» является результатом программы, реализованной Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН) за средства субсидии из федерального бюджета, предоставленной Министерством экономического развития Российской Федерации в соответствии с приказом № 716 от 8 декабря 2011 г.

Серия «Правовая наркология». Под общей редакцией О.В.Зыкова.
Выпуск 4. Реабилитационные программы. – М: РБФ НАН, 2012. – 448 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел I.

Общие принципы, проблемы, задачи и тенденции развития реабилитационно-профилактической работы. 6

Глава 2. Общие принципы профилактики и лечения. 23

Глава 3. Права пациентов, ищущих профессиональной помощи и реабилитации. 29

Глава 4. Этапы оказания наркологической помощи. 33

Глава 5. Тенденции развития зарубежной наркологии и реабилитологии за последние 30 лет. 40

Глава 6. Практика Российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» 53

Раздел II.

Первичное консультирование – дорога, ведущая в лечебную субкультуру. 57

Глава 1. Амбулаторные программы. 57

Глава 2. Этапы первичного консультирования.
От дистантного контакта к личной встрече. 60

Глава 3. Общие принципы консультирования наркозависимых с учетом уровня мотивации. 62

Глава 4. «Проект Ясень» – как начальный этап мотивирования наркозависимых. 64

Глава 5. Первичное консультирование, проводимое консультантом по химической зависимости. 67

Глава 6. Первичное консультирование родственников зависимых пациентов, проводимое семейным консультантом. 71

Глава 7. Первичное консультирование пациентов, зависимых от участия в азартных играх, проводимое медицинским психологом. 73

1.1 Часть первая, начальный этап диагностического и оценочного интервью. 73

1.2 Часть вторая. Технология проведения мотивационного интервью. 89

Раздел III

Амбулаторная реабилитационная программа «Спасательный круг». 108

Глава 1. История возникновения, структура и практика программы «Спасательный круг». 108

1.1. Требования к пациентам при направлении в программу «Спасательный круг». 109

1.2. Когнитивный аспект программы. 110

1.3. Организация социальной лечебно-реабилитационной среды. 111

1.4. Особенности работы социального работника (консультанта). 114

1.5. Работа в малых психокоррекционных группах. 115

1.6. Индивидуальная работа с пациентами. 119

1.7 Работа с семьей. 120

1.8. Заключительный этап. 122

1.9. Проблемы и перспективы программы. 126

Глава 2. Материалы амбулаторной программы «Спасательный круг»	128
2.1. Соглашение «Спасательный круг».....	128
2.2. Анкета приема программы «Спасательный круг».....	131
2.3. План работы в программе «Спасательный круг».....	132
2.4. Бланк анкеты «История зависимости от алкоголя, наркотиков и азартных игр».....	133
2.5. Подготовка к Первому шагу.....	135
2.6. Второе задание по Первому шагу.....	140
2.7. Третье задание по Первому шагу.....	142
2.8. Подготовка ко Второму шагу.....	144
2.9. Подготовка к Третьему шагу.....	149
2.10. Бланк «Основные чувства».....	154
Глава 3. Рабочая тетрадь, используемая в программе «Спасательный круг»	155
3.1. Путеводитель для работы в малой группе.....	195
3.2. Правила группы.....	196
3.3. Список лекций.....	197
3.5. Список литературы.....	197
Глава 4. Амбулаторная постреабилитационная программа «Спасательный круг плюс»	201
Раздел IV.	
Глава 1. Амбулаторная реабилитационная программа «Вне Игры»	204
1.1. Введение.....	204
1.2. Для кого предназначена реабилитационная программа «Вне Игры».....	205
1.3. Определение понятия игры и классификация игр.....	205
1.4. Медицинский подход – дифференциальная диагностика и оценка.....	208
1.5. Практика реабилитации.....	212
Глава 2. Приложение. Программа «Вне Игры»	225
2.1. Поведение патологического азартного игрока.....	225
2.2. Модель трех «П».....	225
2.3. О трех характерных способах уклонения и сопротивления психотерапевтическому лечению демонстрируемому пациентами зависимыми от участия в азартных играх.....	227
2.4. Аддикция, феномен тяги и механизмы психологической защиты.....	249
2.5. Соглашение программы «Вне Игры».....	268
2.6. Бланк выбора цели программы «Вне Игры».....	271
2.7. Анкета программы «Вне Игры».....	272
Раздел V.	
Программа реабилитации «Качество Жизни» для лиц с проблемным употреблением алкоголя	275
Глава 1. Введение	275
1.1. Цели и задачи реабилитационной программы «Качество Жизни».....	280
1.2. Учет ожиданий клиентов.....	283
1.3. Реабилитационные цели, задачи и инструменты реализации.....	286
1.4. Методы и техники психотерапии.....	291
Глава 2. Приложение	304
2.1. Условия реализации программы «Качество Жизни».....	304
2.2. Соглашение программы «Качество Жизни».....	307
2.3. Бланк выбора цели программы «Качество Жизни».....	311
2.4. Анкета программы «Качество Жизни».....	313
2.5. Бланк-направление к врачу-наркологу программы «Качество Жизни».....	316
2.6. Анкета участника программы «Качество Жизни». Катамнез один год.....	317
2.7. Список литературы.....	322

Раздел VI.

Глава 1. Амбулаторная реабилитационная программа для созависимых «Резонанс».	324
1.1 Программа «Резонанс» история создания, основные элементы и практический опыт.	324
Глава 2. Приложение № 1. Программа «Резонанс».	346
2.1 Базовый курс терапевтической группы.	346
2.2 Базовый курс шаговой группы.	369
Глава 3. Приложение № 2. Программа «Резонанс».	373
Глава 4. Психокоррекционная программа реабилитации пациентов «Резонанс плюс»	403

Раздел VII.

Амбулаторные реабилитационные программы «Равновесие», «Отражение» и «Cito».	407
--	------------

Глава 1. Амбулаторная реабилитационная программа «Равновесие».	407
Глава 2. Приложение. Программа «Равновесие».	411
1.1 Вопросы, помогающие определить навязчивое переживание и то, насколько искажены, ваши взаимоотношения с едой.	411
1.2 Анкета при поступлении в программу «Равновесие».	412
1.3 Основные признаки наличия проблем связанных с нарушением пищевого поведения.	413
Глава 3. Амбулаторная реабилитационная программа «Отражение»	413
Глава 4. Приложение. Программа «Отражение».	417
1.1 Соглашение участника программы «Отражение».	417
1.2 Анкета участника программы № 1.	419
1.3 Анкета участника программы № 2.	420
1.4 Анкета участника программы «Отражение». Итоговая.	421
Глава 5. Амбулаторная реабилитационная программа «Cito».	423

Раздел VIII.

Опыт работы Программного Совета по оптимизации деятельности лечебно-реабилитационного процесса.	427
--	------------

Глава 1. Программный Совет.	427
--	------------

Глава 2. Некоторые итоги и перспективы Программного Совета.	434
--	------------

Глава 3. Приложения.	446
---------------------------------------	------------

Раздел I.

Общие принципы, проблемы, задачи и тенденции развития реабилитационно-профилактической работы.

Глава I. Введение.

Автономов Д.А.

В целом признается, что одной из приоритетных задач в повышении качества жизни российских граждан является задача по снижению уровня заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, обеспечении доступности современного здравоохранения, в том числе и наркологической помощи. Главные направления в сфере здравоохранения и здоровья нации определены и состоят из нескольких пунктов:

- усиление профилактической направленности здравоохранения;
- совершенствование стандартов медицинской помощи;
- ориентация на сохранение здоровья человека;
- совершенствование в качестве основы жизнедеятельности общества института семьи, охраны материнства, отцовства и детства.

Решение задач национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации в среднесрочной и долгосрочной перспективе достигается путем формирования национальных программ и проектов по лечению социально значимых заболеваний (наркомания, алкоголизм, игровая зависимость) с разработкой единых общероссийских подходов к диагностике, лечению и реабилитации пациентов. В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года: в качестве одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации указано массовое распространение наркомании и алкоголизма, повышение доступности психоактивных и психотропных веществ.¹

В Российской Федерации частью общепринятого социального паттерна поведения является принятие определенного количества алкоголя, по случаю, или даже более или менее регулярно. Традиционно употребле-

¹ Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года». Режим доступа: <http://www.rg.ru/2009/05/19/strategia-dok.html> 21.06.2012

ние алкоголя является средством, позволяющим совладать с трудными ситуациями, избавиться от неприятных эмоций и давления со стороны окружения. Однако у некоторых лиц постоянный и/или чрезмерный прием алкоголя приводит к возникновению дополнительных проблем, нарушений и симптомов зависимости. Алкогольная зависимость является серьезной проблемой для многих людей во всем мире, а для России это настоящая беда. Потребление алкоголя с вредными последствиями и риском возникновения вредных последствий дает существенную нагрузку на систему здравоохранения, генерирует издержки, связанные с медицинским уходом, медицинским страхованием, правоохранением, общественным порядком и деятельностью на рабочих местах, – и таким образом, оказывает негативное воздействие на общественное благополучие и экономическое развитие в целом. Человек, страдающий алкогольной зависимостью, не только разрушает собственную жизнь, но и значительно ухудшает качество жизни близких людей. Супруги зависимых лиц чаще, чем другие люди страдают нервно-психическими расстройствами. Дети, выросшие в таких семьях, чаще повторяют судьбу пьющих родителей.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) установила, что употребление алкоголя является значимым фактором риска развития болезней и избыточной смертности.² Основные причины избыточной смертности включают заболевания печени, сердечно-сосудистые заболевания, тяжелые инфекции дыхательных путей (включая аспирационную пневмонию), рак верхних дыхательных путей и органов пищеварительной системы, самоубийство и насилие. Часть дорожно-транспортных происшествий и производственного травматизма связана с употреблением алкоголя. Употребление алкоголя во время беременности может нанести ущерб развитию мозга плода, что приводит к нарушениям в интеллектуальном развитии, впоследствии заметным в период детства. Ввиду доступности и легальности алкогольных напитков актуальной представляется проблема злоупотребления алкоголя несовершеннолетними подростками и даже детьми.

Таким образом, злоупотребление алкоголем связано с риском возникновения вредных последствий, как для отдельного индивидуума, так и общества в целом.

Проблемы нехимической зависимости в РФ. Нехимическими называются аддикции, где объектом зависимости становится определенный поведенческий стереотип, а не химическое вещество такое как, напри-

² ВОЗ. Является ли вредное употребление алкоголя проблемой общественного здравоохранения? Режим доступа: <http://www.who.int/features/qa/66/ru/index.html> 21.06.2012

мер алкоголь или наркотическое средство. Патологический гемблинг (игромания) является одной из наиболее распространенных форм поведенческой зависимости и по своим проявлениям более всего напоминает другие формы зависимости.

Согласно определению, приводимому в Федеральном законе № 244-ФЗ: «Азартная игра – основанное на риске соглашение о выигрыше, заключенное двумя или несколькими участниками такого соглашения между собой, либо с организатором азартной игры по правилам, установленным организатором азартной игры». Азартная игра в казино является формой досуга для участника и формой предпринимательской деятельности для ее организатора. Игровые клубы и казино являются коммерческими предприятиями, целью деятельности которых является получение прибыли в интересах их владельцев.

Посетитель казино финансирует свой досуг, получая удовольствие от игры и дополнительных услуг и привилегий, предоставляемых ему как игроку. Игрок идет не только за тем, чтобы выиграть, но и затем чтобы оказаться в особом «мире казино», продемонстрировать себя, свои способности и состоятельность другим участникам действия. Искусственная атмосфера праздника, достатка, оптимизма, легкости приобретения и потери порождают особый идеально-реальный тип общения между людьми. В казино можно завязать знакомство, подойти и запросто поговорить практически с любым человеком. А рассказы об удаче, интуиции, о пережитых игровых приключениях повышают самооценку и статус в глазах собеседников. Для большинства игроков положительные стороны участия в игровой деятельности (в основном аффективной природы) по-видимому, перевешивают возможные неблагоприятные последствия. И последние с готовностью оплачивают свое участие в азартных играх, так как получаемые ими в результате положительные впечатления стоят затраченных на их получение средств. Такие «социальные игроки», в целом, сохраняют контроль над своим поведением и контроль за своими расходами, которые являющиеся платой за участие в играх.

Между тем, в последние десятилетие наблюдался рост обращаемости к специалистам в связи с пагубным влиянием азартных игр на социальное межличностное и психологическое функционирование некоторых игроков, ставших зависимыми от участия в играх. Зависимый азартный игрок – это человек охваченный страстью, которая приводит его к постепенной личной, социальной, финансовой и профессиональной дезадаптации, разрушая отношения со значимыми другими. Патологическая склонность к азартным играм – является таким же медицинским диагно-

зом, как и алкогольная зависимость и, обычно, развивается в подростковом возрасте у мужчин, позже у женщин. У части пристрастившихся к игре лиц, игровая зависимость постепенно приобретает хроническое, прогрессирующее течение с чередующимися периодами воздержания от игр и с рецидивами. Гендерные различия между мужчинами и женщинами заключены в том, что развитию игромании у женщин чаще предшествовало нарушения настроения (аффективные расстройства), а у мужчин зависимость от алкоголя.

Федеральный закон от 29.12.2006 № 244-ФЗ «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации» (принят ГД ФС РФ 20.12.2006 г.) установил ограничения на осуществление игровой деятельности на территории РФ (за исключением игорных зон). Подобные ограничения были введены согласно тексту закона: «... в целях защиты нравственности, прав и законных интересов граждан».³ И до 1 июля 2009 года, игорная деятельность на территории РФ вне специально отведенных игровых зон должна быть прекращена, за исключением букмекерских контор и тотализаторов.

Однако, как известно, несмотря на запрет, игорные заведения зачастую продолжают свою работу как в нелегальном режиме, так и «замаскировавшись» под различные букмекерские конторы, лотерейные клубы, или ушли в виртуальное пространство Интернета.

Наблюдающийся стремительный рост незаконного оборота наркотических средств, и рост заболеваемости наркоманией в последние 15–20 лет представляет серьезную угрозу здоровью населения Российской Федерации. Наркотические средства – это вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.⁴ Значимость проблемы наркозависимости подтверждается тем, что происходит преимущественное вовлечение лиц молодого возраста (до 30 лет), быстрая десоциализация этих людей и существенное ухудшение их здоровья как физического, так и психического.

³ Федеральный закон от 29.12.2006 № 244-ФЗ «О государственном регулировании деятельности по организации и проведению азартных игр и о внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации». Режим доступа: <http://www.rg.ru/2006/12/31/azart-dok.html> 21.06.2012

⁴ ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 г. № ФЗ- 3. Режим доступа: <http://base.garant.ru/12107402/21.06.2012>

Высокий уровень алкоголизации и наркотизации ведет к существенным потерям трудоспособной части населения вследствие медицинских причин (ВИЧ-инфекция, гепатит, заболевания печени и т.п.), а также смертности от внешних причин (убийства, самоубийства, несчастные случаи, отравления, дорожно-транспортные происшествия).

Ситуация в России. Некоторые статистические и фактические данные:⁵

- Оценочное число людей, употребляющих незаконные наркотики в России, составляет 5 миллионов.⁶
- Оценочное число людей, незаконно употребляющих опиаты в России – 1,7 миллиона.⁷
- По данным на конец 2010 года, 547 тысяч людей состояли на официальном учете как потребители наркотиков. Около 72% из них употребляли наркотики инъекционным путем.⁸
- Суммарное число потребителей алкоголя, зарегистрированных наркологической службой в 2008 г. составило 2 млн. 728 тыс. человек, или 1920,7 в расчете на 100 тыс. населения, что составляет почти 2% общей численности населения. Это число включает больных алкоголизмом, алкогольными психозами и лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями.⁹
- В среднем по стране, 37,2% людей, употребляющих наркотики инъекционно, живут с ВИЧ¹⁰, в некоторых регионах распространенность ВИЧ в этой группе достигает 75%.¹¹

⁵ «АТМОСФЕРНОЕ ДАВЛЕНИЕ». Наркополитика России как фактор нарушений Конвенции ООН против пыток. Параллельный Доклад в Комитет ООН против пыток в связи с рассмотрением пятого периодического Доклада Российской Федерации. Режим доступа: <http://rylkov-fond.org/files/2011/10/ARF-CAT-Russia.RUS-1.pdf> 21.06.2012

⁶ Интервью с главой Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (4 февраля 2010 года). Режим доступа: «Российская газета» – Федеральный выпуск № 5101 (22) 21.06.2012

⁷ Управление ООН по наркотикам и преступности (2011). Всемирный доклад о наркотиках. Вена.

⁸ Киржанова В. и др. (2011). «Число заболеваний наркологическими расстройствами, зарегистрированных в Российской Федерации». Основные показатели деятельности наркологической службы в 2010 году. Национальный научный центр наркологии. Москва.

⁹ Киржанова В. В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007–2008 годах (анализ данных федерального статистического наблюдения). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/136/30/21.06.2012>

¹⁰ УНП ООН (2009). Всемирный доклад о наркотиках. Вена. С. 57.

¹¹ Роспотребнадзор (2010) «Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе 26-й специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, июнь 2001 г. Отчетный период: январь 2008 года – декабрь 2009 года».

- По официальным данным, с 1987 по 2008 год около 80% случаев инфицирования ВИЧ было связано с употреблением инъекционных наркотиков.¹² У 59,2% ВИЧ-позитивных, обнаруженных в 2010 г., основным фактором риска заражения было указано употребление наркотиков нестерильным инструментарием.¹³
- Около 11% людей, живущих с ВИЧ и знающих о своем диагнозе, находятся в местах лишения свободы.¹⁴ На протяжении последних четырех лет отмечается постоянное и быстрое увеличение количества новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции в этой группе (с 1194,5 на 100 тыс. обследованных в 2007 г. до 1638,8 в 2008 г. и до 1712,6 в 2009 г.).¹⁵
- В некоторых городах до 90% инъекционных наркопотребителей инфицированы гепатитом С.¹⁶
- К концу 2009 г. на учете в противотуберкулезных учреждениях РФ состояло 262718 больных активными формами туберкулеза, из них 117227 – новые случаи.¹⁷ Из всех больных активными формами туберкулеза, 16% содержалось в учреждениях Федеральной Службы Исполнения Наказаний.¹⁸
- По данным ВОЗ, Российская Федерация стала одним из 3 мировых лидеров по заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)¹⁹ – в 2007 г. было зафиксирована

¹² Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации (2009). Информационный бюллетень № 33, Москва С. 13. Режим доступа: http://www.hivrussia.ru/files/bul_33.pdf 21.06.2012

¹³ Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации (2010). Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2010 г. Режим доступа: <http://www.hivrussia.ru/files/stat/2010/spravka.doc> 21.06.2012

¹⁴ По данным Медицинского управления Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) Российской Федерации. Режим доступа: <http://www.poz.ru/news/?id=2682> 21.06.2012

¹⁵ Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации (2010). Информационный бюллетень № 34, Москва. Режим доступа: <http://www.hivrussia.ru/stat/bulletin.shtml#34> 21.06.2012

¹⁶ Стеллит, (2010). Исследование, среди уличных потребителей наркотиков в г. Санкт-Петербурге.

¹⁷ ФГУ ЦНИИ ОИЗ МЗСР РФ (2010) Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации на 31 декабря 2009 года. Режим доступа: http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/ТВ.pdf 21.06.2012

¹⁸ ФГУ ЦНИИ ОИЗ МЗСР РФ (2010) Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации на 31 декабря 2009 года. http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/ТВ.pdf 21.06.2012

¹⁹ МЛУ ТБ – форма туберкулеза, которая не поддается стандартной шестимесячной терапии препаратами первой линии. МЛУ-ТБ развивается либо в результате первичного инфицирования устойчивыми бактериями, либо в силу не успешного лечения пациента.

но 43 000 случаев.²⁰ В 2009 г. распространенность МЛУ-ТБ выросла за один год на 10,2%.

- В конце 2008 г. общее число случаев туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией достигло 16 813, что почти на 18% больше, чем в 2007 г. Прогрессирование туберкулеза стало непосредственной причиной смерти в 66,5% случаев среди умерших пациентов с ВИЧ-инфекцией.²¹
- Около 75% мужчин и 54% женщин, живущих с ВИЧ и ТБ, инфицировались ВИЧ посредством инъекционного употребления наркотиков.²²
- По официальным данным, в 2010 году от передозировок скончались 7 192 человека.²³
- Реальная эффективность лечения опиоидной зависимости в РФ (по данным ННЦ наркологии) не превышает 10% годовых ремиссий, т. е. может быть сопоставима с частотой спонтанной динамики этого расстройства.
- «Коэффициент скрытости» наркологических заболеваний (по данным В. В. Киржановой, за 2009 год) достигает уровня 1 к 11, что отражает снижение обращаемости в наркологические учреждения страны, неостребованность наркологической службы, вынужденную маргинализацию пациентов, разочарование в возможностях предоставляемого лечения.
- Нарушения врачебной тайны в российской наркологии стали распространенной практикой. В нарушение законодательства, базы данных наркологических диспансеров по вине врачей оказываются в общем доступе и совмещаются с базами данных ГИБДД, МВД, ФСКН.
- Психофармакологические средства, к примеру, антипсихотики, внесенные в отечественные стандарты лечения, не имеют формулярных показаний для терапии наркологических расстройств, и производителями для этих целей не заявлены. Одновременно широкое распространение получают псевдонаучные технологии лечения с недоказанной

²⁰ WHO (2010) Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598866_eng.pdf 21.06.2012

²¹ ФРЗ (2010) Крутлый стол «Опыт взаимодействия региональных противотуберкулезных служб и центров СПИД по привлечению к обследованию больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией». Режим доступа: <http://hivpolicy.ru/news/?id=3917&word=7387&logic=OR> 21.06.2012

²² Фролова О. (2009). «Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, сочетанному с ВИЧ-инфекцией». Презентация. Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова. Режим доступа: <http://www.tbpolicy.ru/news/?id=227> 21.06.2012

²³ Александра Зиновьева (21 июля 2011 года) «Больница или тюрьма?». Мультипортал KM.RU

эффективностью, тем не менее, получающие официальное одобрение Научного совета РАМН и головного профильного учреждения – ННЦ наркологии МЗСР.

- Действующие стандарты лечения наркологических заболеваний в РФ не основаны на доказательных исследованиях и строятся лишь на «личном неформализованном опыте разработчиков». В стандартах отсутствуют, принятые в науке уровни доказательности А и В. В отличие от отечественной психиатрии стандарты лечения в наркологии по кардинальным подходам отличаются от общемировых, в связи с чем, отмечается известная неэффективность терапии.
- Теоретические воззрения официальной российской наркологии вступают в грубое противоречие с принятыми положениями ВОЗ и мирового научного психиатрического сообщества, а многие работы психопатологической направленности противоречат канонам клинической психиатрии.²⁴
- В период с 2003 по 2008 г (за 5 лет) произошло существенное уменьшение числа наркологических диспансеров (с 194 до 144), числа врачей наркологов, увеличение коэффициента совместительства у этих специалистов, продолжилось уменьшение коечного фонда наркологических учреждений и продолжительности пребывания больного на койке. Не произошло увеличение учреждений реабилитационного звена. Крайне медленно увеличивается число психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, которые являются кадровой основой реабилитационного процесса. Эти данные свидетельствуют об ориентации учреждений, оказывающих наркологическую помощь, на купирование острых проявлений заболевания, а также отсутствие тенденций, связанных со становлением реабилитационной помощи больным.²⁵

Отсутствие эффективной лечебной и реабилитационной помощи в нашей стране, лишь усугубляет проблему. Недостатки существующей системы наркологической помощи признают даже в ФСКН. Директор Федеральной службы по контролю за оборотом наркотических средств Виктор Иванов, выступая 19.12.2011 г на профильных слушаниях в Общественной палате заявил: «Без проведения должного курса реабилитации и ресо-

²⁴ В. Д. Менделевич. Бездоказательная наркология: есть чем гордиться? Режим доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/948> 21.06.2012

²⁵ Киржанова В. В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007–2008 годах (анализ данных федерального статистического наблюдения). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/136/30/21.06.2012>

циализации наркологическая помощь оказывается не только недолговечной, но и не результативной... На это красноречиво указывает тот факт, что практически из миллиона обратившихся в государственные и частные наркологические центры лишь 2% вышли в устойчивую ремиссию».²⁶

Между тем количество наркологических больных, участвующих в государственных программах реабилитации минимально, и составляет всего 4% (каждый 25 больной).²⁷ Согласно статистике 2008 г. существует лишь 3 самостоятельных реабилитационных центра, в составе которых на 31.12.2008 г. было развёрнуто 190 коек. Признается что отсутствие амбулаторных подразделений, несомненно, является существенным недостатком в работе этих реабилитационных центров.²⁸ К тому же зачастую под «реабилитацией» в нашей стране чаще всего подразумевается одно – двух месячное пребывание в закрытом отделении той же самой наркологической больницы, где пациент проходил процедуру детоксикации.

Психотерапия в наркологическом диспансере и стационаре, как компонент комплексного подхода чаще всего представлена так называемой «рациональной беседой» (запугиваниями пациента относительно плачевного состояния его соматического здоровья, возникшим в результате пьянства) и морализаторскими увещеваниями в духе: «Не пей, козленочком станешь!» Применение техник гипноза и рациональной психотерапии – столь широко тиражируемыми врачами-наркологами в нашей стране входит в противоречие с рекомендациям с принятыми ВОЗ (эксперты ВОЗ рекомендует когнитивно-поведенческую и мотивационную психотерапию) и не соответствует стандартам эффективного, научно-обоснованного лечения.

На практике специализированная помощь больному алкогольной и наркотической зависимостью часто ограничивается психофармакотерапевтическим вмешательством и научнообразно оформленным шаманством (методы «Торпедо», «Кодирование» и т. п. по Е. М. Крупицкому).²⁹

Распространению реабилитационной модели лечения напрямую пре-

²⁶ Пресс-центр Общественной Палаты РФ. Режим доступа: <http://www.oprf.ru/press/news/2011/newsitem/16247> 21.06.2012

²⁷ Дудко Т. Н. ФГУ ННЦ наркологии Росздрава. «Реабилитация наркологических больных на современном этапе». Доклад СПб.: 1 апреля 2010. Режим доступа: <http://www.narcom.ru/presentation12/index.html> 21.06.2012

²⁸ Киржанова В. В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007–2008 годах (анализ данных федерального статистического наблюдения). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/136/30/21.06.2012>

²⁹ Крупицкий Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. Режим доступа: <http://www.narcom.ru/law/system/78.html> 21.06.2012

пятствует практика применения российскими врачами-наркологами таких необоснованных, бездоказательных методов «лечения» как: «Подшивка», «Капсула», «Торпедо», «Кодирование», «лечение» лазером, электрическим током, «25-кадром» и т. д., которые по сути дела эксплуатируют мифы (т. е. мистические представления), устойчиво персистирующие в популяции больных с зависимостью от алкоголя или наркотиков. В профессиональной среде хорошо известно, что все вышеупомянутые «методы» представляют собой плацебо-препараты или плацебо-воздействия, а их эффект обусловлен исключительно включенностью наркологического больного в субкультуру, принимающую мифологемы об эффективности вышеперечисленных процедур. Наркологические больные в большей или меньшей степени верят в то, что употребление алкоголя или наркотиков после «лечения» вышеупомянутыми методами ведет к трагическим последствиям вплоть до летального исхода, а врачи-наркологи искусно поддерживают и культивируют эти мифы с целью извлечения коммерческой выгоды.

Главный нарколог Ленинградской области, д. м. н., профессор Е. М. Крупицкий пишет: «Врачи-наркологи делают вид, что лечат, а больные – что лечатся. При этом такая своеобразная «игра» в лечение выгодна обеим сторонам, поскольку врачи-наркологи легко зарабатывают деньги, а наркологические больные получают своеобразную «индальгенцию» для продолжения своего пьянства, следующую логике «Я хотел бросить пить – Я лечился – Меня плохо лечили – Поэтому я снова пью».

В результате эксплуатирования мифов о «быстром исцелении» за один сеанс:

1. Больной не получает правдивой адекватной информации о своем заболевании и истинных научно апробированных вариантах его лечения.

2. Больной не привыкает брать на себя ответственность за своё здоровье и судьбу.

3. Больной направляется по ложному пути решения проблемы зависимости: он «странствует» от одного врача-нарколога к другому в поисках «настоящего» излечения за один сеанс, при этом заболевание прогрессирует.

4. Больной хронизируется и разуверяется в наркологии и во врачах-наркологах.³⁰

Пока пациент (и общество в целом) верит, что существуют методы

³⁰ Крупицкий Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. // Сборник аналитических очерков и статей «На пути к профессиональной наркологии». Москва, 2008, стр. 31–34.

быстрого за один сеанс излечения от алкогольной или наркотической зависимости, он не будет иметь мотивацию посещать группы самопомощи «12-шагов» и/или профессиональные реабилитационные программы. А общество не будет направлять, и мотивировать пациента искать долгосрочной помощи посредством групп самопомощи, психотерапии и реабилитации.

Можно констатировать, что в современном российском обществе отсутствует понимание того, что медицинские процедуры, такие как детоксикация, снятие абстинентного синдрома – являются только первым этапом лечения, а не его окончанием. Российское общество в целом не информировано о том, что практики так называемого «кодирования», «подшивки» и пр. являются шарлатанскими манипуляциями, основанными на лжи, грубом нарушении врачебной этики и прав пациента, его запугивании, и не предоставлении пациенту достоверной информации о его заболевании и о научно-обоснованных методах лечения. Необходимо знать, что подобные виды «лечения» практикуются только в РФ и некоторых странах СНГ и грубо противоречат мировой практике лечения наркологических больных.

Ввиду наличия такой специфической проблемы, доставшейся нашей стране в наследство со времен СССР, еще одной из задач профессионалов, экспертного сообщества и институтов гражданского общества является публичное дезавуирование наркологических практик «советской наркологии» и разрушение мифов, которые создали врачи-наркологи с целью извлечения коммерческой выгоды и оправдания собственного бессилия помочь наркологическим больным. Необходимо информирование общества о научно-обоснованных методах и практиках лечения социально-значимых наркологических заболеваний.

Еще одним препятствием для развития реабилитационного пространства и формирования лечебной субкультуры для пациентов в Российской Федерации (помимо низкой информированности населения о научно-обоснованных методах лечения) являются, пережитки «советской» наркологии. Например, наивная вера в то, что социальная изоляция и принудительные методы лечения, помещение пациентов без их согласия в закрытые больницы или «лечебно-трудовые профилактории» (ЛТП) являются адекватными и результативными методами лечения.

Расстройство вследствие злоупотребления алкоголем и зависимость от употребления психоактивных веществ является хроническим и рецидивирующим. Цель лечения состоит не в изоляции пациента от общества, а в сокращении частоты и продолжительности рецидивов,

в достижении устойчивой ремиссии (при этом желаемый результат это достижение, по возможности, пожизненной ремиссии), и повышении качества жизни. Первоочередной задачей является помощь в прекращении приема алкоголя или психоактивных веществ и изменении дезадаптивных паттернов поведения.

Алкоголизм и наркомания являются следствием социальных и психологических проблем личности. Существуют убедительные научные доказательства что факторами, способствующими развитию проблемного наркопотребления или зависимости, являются пережитые человеком психологические травмы, недостаток внимания в детстве, тяжелые условия жизни, социальное отторжение и эмоциональные проблемы, а не моральная слабость или поиск удовольствий.³¹

По мнению специалистов именно детская травма или эмоциональная недостаточность создает универсальный паттерн для зависимости. Если определять травму как некое сильное трагическое переживание, то смерть родителей, насилие в семье, надругательство или другие виды травмы в привычном понимании пережил не каждый зависимый. Но есть и другое определение травмы. Д. Винникотт детский психолог из Британии, считает, что есть два типа событий в детстве, которые оказывают на ребенка неизгладимое впечатление: когда происходит что-то, что не должно было произойти (это травма в классическом понимании), и когда не происходит чего-то, что должно было случиться. Дети одинаково травмированы обоими видами этих переживаний. Например, когда между родителями и детьми нет так необходимого эмоционального контакта, никто не назовет это травмой – но, по сути, на ребенка это оказывает действие, аналогичное травме. Или послеродовая депрессия матери, которую в общем-то травмой не назовешь, может привести к отсутствию так необходимого ребенку в этот момент внимания, и соответственно повлиять на его эмоциональное и интеллектуальное развитие.³² Насилие, репрессии, карательные методы не способствуют сокращению потребления наркотиков, но парадоксальным образом усиливают проблему наркопотребления.

Использование норм Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», позволяет оптимальным образом решить проблему недобровольного

³¹ Buchanan, J. (2004) «Missing Links? Problem drug use and social exclusion» Probation Journal vol. 51 no. 4 pp. 387–397

³² «Работая с зависимостью доктор Габор Мате объясняет почему доброта и любовь эффективнее наказания» Режим доступа: <http://healthland.time.com/2012/08/17/treating-addiction-a-top-doc-explains-why-kind-love-beats-tough-love/11.09.2012>

медицинского вмешательства в наркологии. Этот вид наркологической помощи по медицинским показаниям можно оказывать в форме недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический (наркологический) стационар, используя закрепленные в Законе основания для добровольного и недобровольного освидетельствования, добровольной и недобровольной госпитализации, соответствующие процедуры, а также гарантии соблюдения прав больного и интересов общества. Ориентация на медицинские показания при недобровольной госпитализации наркологических больных является важной гарантией того, что главным в ее содержании будет лечение, а не изоляция больного. Именно превращение принудительного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией из метода лечения в форму социальной изоляции наркоманов обусловило крайне низкую эффективность деятельности лечебно-трудовых и лечебно-воспитательных профилакториев, входивших в систему учреждений МВД.

Проблема наркомании за последние годы стала латентной и от того еще более сложной. Она ускользнула из поля зрения специалистов, из явной превратившись в скрытную. Преобладающая часть наркозависимых находится вне сферы досягаемости врачей и не желает идти на контакт с официальной наркологической службой.³³

Обращению наркопотребителей в государственные наркологические учреждения в РФ препятствует целый ряд факторов, в том числе: риск ограничения в гражданских правах вследствие постановки на учет, случаи разглашения конфиденциальных сведений в связи с лечением, а также широко распространенное недоверие к наркологическим услугам.³⁴ Методики дезинтоксикации, широко применяемые в нашей стране, не учитывают результаты десятилетий исследований в области эффективного лечения наркозависимости. Более того, политические решения, касающиеся утверждения тех или иных предлагаемых методик, сознательно игнорируют имеющиеся современные медицинские данные и рекомендации, тем самым произвольно ограничивая доступ наркопотребителей к услугам здравоохранения надлежащего уровня.³⁵

³³ Менделевич В. Д. «Риторические вопросы о кризисе современной российской наркологии». Режим доступа: <http://www.narcom.ru/ideas/socio/172.html> 21.06.2012

³⁴ Олейник С. В. Наркологическая служба России глазами пациентов./Пенза. 2007, стр. 21.

³⁵ «Право на реабилитацию: проблемы лечения наркозависимости в Российской Федерации с точки зрения международных стандартов» Доклад Хьюман Райтс Вотч. 2007. 110 с. Режим доступа: <http://www.hrw.org/ru/reports/2007/11/07> 21.06.2012

На основании распоряжения Правительства РФ от 13 ноября 2003 г. № 1650-р одним из ведущих заказчиков Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы» являлось Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В ходе реализации Программы Минздравсоцразвития РФ должен был разработать и внедрить новые методы и средства лечения наркоманий, а также медицинской и социально-психологической реабилитации больных наркоманией, совершенствования оказания наркологической помощи населению, развития наркологической службы в Российской Федерации, а также осуществить разработку и внедрение современных методов диагностики наркомании.

Также предполагалось, что за счет реализации мероприятий Программы в социальной сфере будут созданы благоприятные условия для возвращения к нормальной жизни и трудоустройства больных наркоманией, прошедших лечение и реабилитацию. Доля больных наркоманией с ремиссией не менее трех лет должна была увеличиться на 30–40%. Однако, ни в части разработки новых методов и средств лечения наркоманий, ни в части повышения эффективности реабилитации больных наркоманией, ожидаемые результаты достигнуты не были. Распоряжение Правительства РФ от 13 ноября 2003 г. № 1650-р – фактически провалено и давно назревшая реформа государственной системы оказания наркологической помощи не состоялась.

Современное состояние системы государственной наркологической службы и оказываемой медицинской помощи характеризуется:

- крайне низкой эффективностью бесплатной наркологической помощи, оказываемой в государственных медицинских учреждениях;
- недостаточностью правовой нормативной базы для оказания наркологической помощи;
- недостаточным числом специализированных государственных наркологических медицинских учреждений и низким качеством их кадрового обеспечения;
- недостаточным развитием сети учреждений для реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией;
- отсутствием технологий ресоциализации выздоравливающих больных алкоголизмом и наркоманией;
- недостаточностью финансового и научно-методического обеспечения наркологической медицинской помощи;
- повышением порога оказания бесплатной наркологической помощи вследствие практики ведения учета злоупотребляющих ПАВ лиц при

обращения в государственные медицинские учреждения и возможной дальнейшей передачей информации о них в правоохранительные органы;

- широким использованием технологий лечения и препаратов, не имеющих подтверждения своей эффективности на основе принципов доказательной медицины;
- недостаточным использованием технологий, направленных на мотивацию лиц, допускающих злоупотребление алкоголем и немедицинское потребление наркотиков, к участию в реабилитационных программах, а также отсутствием четких критериев отбора участников для включения в программы реабилитации;
- отсутствием условий для социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ;
- установленные действующим законодательством ограничения прав граждан при наличии диагноза алкоголизм и наркомания не учитывают тяжесть зависимости и выраженность десоциализации их поведения.³⁶

Однако, несмотря на серьезные недостатки российской системы здравоохранения, практику архаических, бездоказательных методов лечения, среди наркологов, чиновников и в обществе в целом, бытует представление, что зависимые люди сами виноваты в своих проблемах – что способствует дискриминации и стигматизации данной категории граждан. Цитата: «Представление о неэффективности лечения вызвано стремлением наркопотребителей оправдать собственное нежелание лечиться». Н. Н. Иванец – член-корреспондент АМН, профессор.³⁷

В российском обществе все более явно проявляется не гуманность, жестокость, нетерпимость и стигматизация по отношению к лицам, заболевшим болезнью зависимости. Стигматизация (от греч. στίγμα – ярлык, клеймо) – клеймение, нанесение стигмы, обозначает навешивание социальных ярлыков. В этом смысле стигматизация – ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицательного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана. Сам медицинский диагноз может стать стигмой. Именно по этой причине еще в 1979 году Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рекомендовал воздерживаться от использования термина «алкоголизм», предпочитая ему термин «синдром алкогольной зависимости».

³⁶ «Правовая наркология. Концепция реформы системы наркологической помощи». Режим доступа: http://www.nan.ru/concept_nar/konceptsiya_2012.pdf 21.06.2012

³⁷ Интервью Хьюман Райтс Вотч с Н. Иванцом. Москва, 7 марта 2007 г.

Психологические причины, лежащие в основе стигматизации зависимых, по мнению доктора Габора Мате следующие: «... мы живем в обществе, которое всеми способами пропагандирует зависимость. Зависимость, по сути, это когда мы чем-то извне пытаемся заполнить внутреннюю пустоту и облегчить боль. Вся современная экономика основана на поиске облегчения вовне. А зависимый человек символизирует всю нашу ненависть к самим себе. Выражение «козел отпущения» очень характерно в этом смысле. В Библии этот термин означает козла, на которого общество проецировало все свои грехи и потом прогоняло его в пустыню. Это ровно то, что мы делаем с зависимыми. Зависимые воплощают собой все отчаяние в попытках заглушить внутреннюю пустоту чем-то внешним, которое характеризует нашу культуру. Нам крайне неприятно это видеть, так что мы делаем зависимых «козлами отпущения» и думаем, что тем самым избавляемся от собственных грехов».³⁸ Таким образом, в отличие от обычных людей, многие потребители алкоголя и особенно нелегальных психоактивных веществ изолируются, нередко нищают, их часто стигматизируют, презирают и делают «козлами отпущения». Неудивительно, что в таких ситуациях люди будут не допускать их в общество, не уважать их права, а тем более не станут соблюдать эти права даже в тех случаях, когда для этого есть возможности. Неблагоприятные последствия, жертвами которых могут стать лица, зависимые от алкоголя или наркотиков, становятся самоисполняющимся пророчеством.

Современное состояние системы государственной наркологической службы и оказываемой медицинской помощи является неудовлетворительным и нуждается в модернизации.

Согласно плану мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года: пункт 2.3.1. «Медико-социальная реабилитация больных наркоманией» Минздравсоцразвития России и заинтересованные федеральные органы исполнительной власти до 2011 года должны были: «Разработать программу развития медико-социальной реабилитации, включающую в себя внедрение современных методов медико-социальной реабилитации и ресоциализации больных наркоманией, малозатратных технологий и стационарозамещающих форм оказания реабилитационной помощи».

³⁸ «Работая с зависимостью: доктор Габор Мате объясняет почему доброта и любовь эффективнее наказания». Режим доступа: <http://rylkov-fond.org/blog/novosti/gabor-mate/11.09.2012>

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации должны до 2012 года: «Разработать программу организации и развития реабилитационных наркологических центров (отделений) и центров медико-социальной реабилитации в субъектах Российской Федерации, предусматривающую: открытие реабилитационных отделений (центров) на базе действующих наркологических (психиатрических) больниц и диспансеров в тех субъектах Российской Федерации, где не удовлетворяется потребность в услугах медико-социальной реабилитации; государственную поддержку открытия и функционирования негосударственных реабилитационных центров».³⁹

7 мая 2012 года был принят указ Президента Российской Федерации № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Указ был принят: «В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни...» Согласно закону Правительству Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации постановлено:

а) обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании...

д) завершить до 1 января 2016 г. модернизацию наркологической службы Российской Федерации.

Таким образом, мы видим давно назревшую необходимость модернизации наркологической службы и развитие мотивационно-реабилитационного компонента лечения. Одной из приоритетных задач является задача по профилактике, просвещению, снижению уровня заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, повышению качества услуг современного здравоохранения и обеспечению доступности профессиональной и научно-обоснованной наркологической помощи.

³⁹ План мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года. Режим доступа: <http://stratgap.ru/pages/strategy/3662/3887/4548/4580/index.shtml> 21.06.2012

Глава 2.

Общие принципы профилактики и лечения.

В ежегодной резолюции Генеральной Ассамблеи ООН о международном сотрудничестве в решении мировой проблемы наркотиков говорится: «... борьба с мировой проблемой наркотиков является общей и совместной задачей, которую необходимо решать в многостороннем контексте, требует комплексного и сбалансированного подхода».⁴⁰

Под профилактикой понимают любые мероприятия, разработанные для того, чтобы избежать злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами и уменьшить негативные социальные последствия и вред наносимый здоровью. Это широкое понятие может включать действия, направленные на ограничение предложения (основанные на том принципе, что снижение доступности алкоголя и наркотических средств ограничивает возможности для злоупотребления ими и снижает риск возникновения зависимости) и ограничение спроса (включая пропаганду здоровья и профилактику заболеваний).

Ограничение предложения запрещенных веществ (нелегальных наркотиков), предусматривает различные меры, в частности:

- борьба с нелегальным рынком наркотиков;
- уничтожение посевов и их замену;
- судебное преследование торговцев и дилеров, распространяющих наркотики в больших количествах;
- уменьшение доступности психоактивных веществ на улицах.

Злоупотребление психотропными и наркотическими веществами, используемыми в медицинских целях и способными вызывать зависимость, контролируется посредством:

- выписывания медицинских рецептов;
- применением специальных нормативов регулирования производства и распространения лекарственных препаратов;
- медицинским образованием, выполняющим роль в снижении доступности выписываемых врачом веществ для злоупотребления ими.

Ограничение предложения легальных веществ, таких как алкоголь, предусматривает различные меры и включает в себя ограничение методов:

- продажи;
- сбыта;
- маркетинга (включая рекламу алкогольных напитков).

⁴⁰ Резолюция GA Res 62/176, декабрь 2007 г. Режим доступа: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/474/35/PDF/N0747435.pdf> 21.06.2012

Комплексные меры относительно алкогольной политики включают в себя:

- Обеспечение защиты: отказ от рекламирования алкоголя и спонсорства компаний его производящих. Необходимо контролировать наличие и предложение алкоголя во всем, что касается его доступности, минимального возраста и экономических мер, включая установление цен/ценообразование, влияющих на употребление.
- Развитие образовательных и просветительных программ: повышение осознания возможных неблагоприятных последствий потребления алкоголя.
- Поддержание средовых факторов: создание возможностей, стимулирующих и благоприятствующих появлению альтернативы питейной культуры.
- Уменьшение ущерба: содействие пониманию отрицательных последствий употребления алкоголя на индивидуальном и семейном уровнях и в масштабах всего общества. Обеспечение безусловного выполнения регламентирующих правил, норм и предписаний, запрещающих продажу алкоголя в ночное время, а также несовершеннолетним и нетрезвым лицам. Обеспечить выполнение инструкций, предписаний и санкций/наказаний в отношении вождения транспортных средств в нетрезвом состоянии.

Центральным вопросом государственной антиалкогольной политики должна стать стратегия снижения спроса на алкоголь и наркотики, а не только меры по ограничению его доступности. Термин «снижение спроса» был использован для описания политики и программ, направленных на сокращение потребительского спроса на наркотические и психотропные средства, на которые распространяется действие международных конвенций по контролю над психоактивными веществами.

Согласно тексту «Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики»: «Программы сокращения спроса должны охватывать все сферы профилактической деятельности, от предотвращения начального потребления наркотиков до уменьшения негативных последствий для здоровья и социальных последствий злоупотребления наркотиками. Они должны предусматривать меры по информированию, воспитанию, просвещению населения, раннему вмешательству, консультированию, лечению, реабилитации, предупреждению рецидивов, последующему наблюдению и социальной реинтеграции. Нуждающимся должны быть предоставлены возможности своевременного получения

помощи и доступа к соответствующим службам».⁴¹

Ограничение спроса может быть достигнуто через специальные программы, направленные на:

- изменение тех факторов, которые предрасполагают индивидов к экспериментированию с психоактивными веществами, постоянному употреблению и формированию зависимости;
- посредством активизирования защитных факторов у индивида и его окружения;
- снижение поощрения злоупотребления со стороны окружения;
- информирование, просвещение и консультирование по вопросам, связанным с алкоголем и психоактивными веществами;
- реабилитацию лиц, ставших зависимыми от алкоголя и наркотиков, ибо зависимые лица являются основными потребителями, формирующими спрос на наркотики.

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) профилактика подразделяется на первичную, вторичную и третичную. В частности в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 апреля 2010 г. № 225 ан «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» (с изменениями от 15 марта 2011 г.) указано:

Первичная медицинская профилактика включает:

Информирование населения о влиянии на здоровье таких негативных факторов как употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем, и другими психоактивными веществами, а также участие в азартных играх, и возможности их предупреждения; информирование граждан о негативном влиянии на здоровье женщин употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ в репродуктивный период, включая период беременности, в целях предупреждения внутриутробного поражения плода; медико-генетическое консультирование, направленное на выявление предрасположенности к потреблению психоактивных веществ; мотивационное консультирование детей и подростков, направленное на изменение дезадаптивных форм поведения, а также на снижение риска распространения парентеральных инфекций (ВИЧ-инфекции, гепатиты) в связи с употреблением психоактивных веществ, и, при наличии медицинских показаний, проведение специфического медикаментозного лечения; семейное консультирование, включая об-

⁴¹ «Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики» Принята резолюцией S-20/3 Генеральной Ассамблеи ООН от 10 июня 1998 года. Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/drugred.shtml#* 21.06.2012

учение родителей оздоровительной системе воспитания ребенка; раннее выявление лиц, входящих в группы риска: употребляющих алкоголь, наркотические и другие психоактивные вещества, участвующих в азартных играх, а также больных с наркологическими заболеваниями и патологическим влечением к азартным играм.

18. Вторичная медицинская профилактика включает:

Информирование граждан о системе наркологической помощи и медико-социальной реабилитации при наркологических заболеваниях и патологическом влечении к азартным играм; формирование у граждан мотивации к обращению за наркологической медицинской помощью и медико-социальной реабилитацией; предупреждение формирования заболевания у лиц, имеющих эпизоды злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами; предупреждение формирования заболевания у лиц, входящих в группу риска: употребляющих алкоголь, наркотические и другие психоактивные вещества с пагубными последствиями, а также участвующих в азартных играх.

Третичная медицинская профилактика включает:

Предупреждение дальнейшего злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами; уменьшение вреда от употребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ; оказание наркологической помощи; предотвращение срывов и рецидивов заболеваний у больных, прекративших употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, а также прекративших участие в азартных играх; осуществление медико-социальной реабилитации.⁴²

Эффективное лечение болезней зависимости (алкогольной, наркотической аддикции) предполагает биологические, психологические и социальные вмешательства, направленные на снижение или устранение стремления к употреблению алкоголя или ПАВ и на уменьшение причиняемого им вреда. Крайне упрощенно, лечение должно состоять из двух этапов:

1. Дезинтоксикация.
2. Реабилитация.

Дезинтоксикация направлена на устранение признаков и симптомов отмены. Реабилитация позволяет пациентам в будущем избежать проблем, связанных с алкоголем и наркотиками, и предусматривает

⁴² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 апреля 2010 г. № 225 ан «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) Режим доступа: <http://base.garant.ru/12175713/21.06.2012>

проведение таких социально-психологических и реабилитационных мероприятий, как индивидуальная и групповая психотерапия, лечение в местах постоянного проживания, где гарантируется отсутствие алкоголя и ПАВ, участие в различных группах самопомощи (например, Анонимные Алкоголики и др.).

Группы самопомощи – основа лечебной субкультуры для людей с различными видами зависимостей (от алкоголя, наркотиков, азартных игр и др.). Эти группы являются результатом добровольного объединения самих пациентов, страдающих зависимостью, с целью помочь себе и другим преодолеть болезненное влечение и стать на путь выздоровления. Эти группы широко доступны, бесплатны для их участников и ориентированы на активную работу над собой самого человека. Единственное условие участия – это искреннее желание бросить пить (употреблять наркотики, отказаться от участия в азартных играх, и т. д.). Группы самопомощи обеспечивают структуру и поддержку, уменьшают стигматизацию и дают надежду, так как участники на живом примере выздоровления других зависимых видят и убеждаются, что они могут восстановиться и получить помощь. Группы самопомощи предоставляют участникам структуру и поддержку, дают надежду, снабжают информацией, дают возможность «выговориться» и тем самым пережить катарсис и облегчение. Участие в собрании группы самопомощи обеспечивают ее участникам обмен опытом и получение «обратной связи», уменьшают чувство отверженности; дают возможность разделить и уменьшить свою боль и почувствовать себя полезным другим. Группы самопомощи «12-шагов» не связаны с какими-либо сектами или религиозными организациями, свободны от дискредитации и осуждения, участие в них анонимно и конфиденциально. Для выздоровления от зависимостей в этих группах используется методика и основные принципы сообщества Анонимных Алкоголиков, действующего более чем в 150 странах мира и объединяющего в настоящее время миллионы людей. Первое сообщество Анонимных Алкоголиков (АА) появилось в 1935 году и положило начало огромной работе над программой преодоления алкоголизма и, впоследствии, других видов зависимостей. В этой программе под названием «Двенадцать шагов» впервые была предпринята попытка осознать зависимость от химических веществ или другие формы патологической зависимости, как болезнь, а выздоровление от зависимости – как духовное развитие человека.

Своеобразие групп самопомощи заключается в том, что в них входят только сами, страдающие от зависимостей люди. Это непрофессиональ-

ное, некоммерческое, находящееся на самообеспечении, независимое от социальных институтов объединение людей, основанное на само – и взаимопомощи. В группах не существует членских или вступительных взносов. На группах происходит живое общение людей с подобными проблемами, выздоравливающими, готовыми поделиться своим позитивным опытом и надеждами на выздоровление. Слушая истории других людей, «друзей по несчастью», алкоголики, наркоманы начинают видеть себя как в зеркале, перенимать полезный для себя опыт, способный помочь им отказываться от пагубного пристрастия. Рассказывая (при желании) на группе свою историю, они освобождаются от одиночества, отчуждения и эмоциональной боли. Отказавшись от болезненного злоупотребления, они приобретают трезвую жизнь и новые навыки общения. Эти навыки помогают человеку прекратить бессмысленную и изнуряющую борьбу с зависимостью или плыть по течению из-за бессилия, справиться с ней и переключить свою энергию на выполнение задач выздоровления. Убедившись в несостоятельности собственных усилий, зависимый человек начинает искать точку опоры не внутри, а вне себя. Отсюда роль группы самопомощи, которая для многих и является социально-психологической опорой, помогающей справиться с трудностями трезвой жизни. При работе на группах используется методическая литература программы «12-шагов». При таком подходе к одной цели – выздоровлению – приходят к согласию те, кто считает зависимость просто формой распушенности, безволия, безнравственности, и те, кто осознает био-психо-социальные корни этой болезни, парализующей человека, его жизнь и социальное окружение. Программа предполагает длительное участие человека в реабилитационном процессе. Работая над преодолением своей зависимости в группах самопомощи, клиенты меняют не только стиль своего поведения, но и систему своих взглядов и убеждений.

В основе мировой клинической практики лечения зависимости лежат принципы доказательности и ориентация на нужды и запросы пациента. Повышение эффективности лечения больных алкогольной и наркотической зависимостью также связано с внедрением новых организационных принципов: этапность и очередность проведения мероприятий, длительность, непрерывность и комплексное воздействие. Лечение не должно ограничиваться процедурами детоксикации и должно включать в себя социальную реабилитацию. Социальная реабилитация – это динамичная система деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса чело-

века методом лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий. Главная цель социальной реабилитации – восстановление утраченных положительных социальных навыков и формирование нормативного социального статуса на основании изменения личностных ценностей и развития творческого, интеллектуального потенциала.

Глава 3.

Права пациентов, ищущих профессиональной помощи и реабилитации.

Автономов Д.А.

Право на здоровье является одним из основных неотчуждаемых прав человека, закрепленных в ряде международных конвенций, в 41 статье Конституции РФ и законодательстве нашей страны. В 41 статье Конституции РФ прямо указано: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь».

В законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, как обеспечивается право граждан на охрану здоровья, как реализуется право на медицинскую помощь и установлены порядок предоставления медицинской помощи в гарантированном объеме.⁴³ В статье 4 указаны основные принципы охраны здоровья. Основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Статья 5 ФЗ «... гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний». Наркологическое заболевание не является исключением и дискриминация,

⁴³ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <http://base.garant.ru/12191967/21.06.2012>

обусловленной наличием у пациента синдрома зависимости недопустима и законодательно запрещена. Статья 6 указывает на безусловный приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуемый путем: «Соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации» и «организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его [пациента] времени». Статья 10 указывает на доступность и качество медицинской помощи. Понятие «доступность и качество» – расшифровывается как территориальная близость медицинской помощи, наличие необходимого количества медицинских работников, их квалификацию и возможность выбора пациентом медицинской организации и врача. Статья 11 говорит о недопустимости отказа в оказании медицинской помощи. Статья 13 указывает на соблюдение врачебной тайны. Статья 19 постулирует право на медицинскую помощь. Статья 20 указывает на необходимость получения от пациента информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и защищает право пациента на отказ от такового. Медицинское вмешательство без согласия гражданина допускается: «... в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами». Таким образом, пациенты страдающие зависимостями и не имеющие психотических нарушений должны давать свое добровольное согласие на медицинское вмешательство и имеют законное право на отказ от лечения. Статья 22 гарантирует право пациента получить информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. По закону пациент имеет право непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, выписками, эпикризами и т. д.

Согласно Всеобщей декларации прав человека, «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах» (ст. 1); «Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему его достоинство обращению» (ст. 5); «Каждый человек имеет право на обеспечение на случай болезни» (ст. 25).

Согласно Всемирной организации здравоохранения у каждого человека есть право на медицинский уход, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния и право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в параграфе 17 обязывает государство участника соглашения создавать условия, которые бы: «... обеспечивали равный и своевременный доступ к базовым профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам здравоохранения». В преамбуле устава ВОЗ говорится: «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения».⁴⁴

Целью лечебной помощи в наркологии является сотрудничество с пациентом в достижении по возможности полной (идеальная цель, наивысший стандарт) или неполной ремиссии (реалистичная цель, возможно промежуточная), повышение качества жизни и достижение максимально возможного уровня физического и психического здоровья. В соответствии с критериями DSM-IV неполной ремиссией принято обозначать состояние, при котором, по крайней мере, один из признаков зависимости или злоупотребления проявляется периодически или постоянно в течение периода ремиссии.

Расстройства, связанные с употреблением алкоголя и/или ПАВ, могут рассматриваться как стойкие и частую рецидивирующие, но отнюдь не как неизлечимые. В наркологии необходим отказ от многих распространенных ранее «черно-белых» концепций. Однозначное представление о болезни – «либо она у вас есть, либо нет» – должно уступить место подходам, исследующим континуум степени тяжести проблем употребления ПАВ и зависимости. На смену концепции «все или ничего» должно прийти представление, согласно которому выздоровление – это ряд последовательных шагов в правильном направлении. И чем раньше выявляется расстройство, тем более благоприятным будет прогноз. Цель лечения не должна быть ограничена только полной ремиссией («черно-белая» концепция «советской наркологии» «ремиссия – рецидив»). Должны быть ясно обозначены промежуточные, реалистичные, достижимые цели приемлемые для пациента (например, увеличение количества трезвых дней в году, уменьшение количества употребляемого алкоголя, повышение самооценки и самоуважения и т. д.). Для реализации эффективной и доступной помощи в наркологии необходимо развитие лечебной субкультуры, продвижение технологий профилактики рецидива и повышения качества жизни.

⁴⁴ Устав Всемирной организации здравоохранения. Режим доступа: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd46/r-bd46_2.pdf 21.06.2012

Пациент, обратившийся за помощью, имеет право:

1. На наивысший достижимый уровень здоровья и благополучия.
2. На то, чтобы лечение учитывало его интересы.
3. На то, чтобы лечение базировалось на принципах информированного согласия и правах пациента и человека. Что касается содержания предоставляемой информации. Чтобы его согласие считалось информированным, сведения должны включать в себя информацию о:

- диагнозе;
- цели предлагаемого лечения;
- его возможных последствиях;
- риске лечебно-диагностического процесса;
- возможных разумных альтернативных методах лечения;
- прогнозе в случае отказа от предлагаемого лечения.

4. На то, чтобы терапия была своевременной и научно-обоснованной.

5. На то, чтобы терапия сопровождалась соблюдением этических и моральных норм, доброжелательностью, гуманным отношением, отказом от принуждения, насилия, наказания, стигматизации, морализаторства, «нулевой толерантности» и способствовала развитию «терапевтического контакта». Конституция Российской Федерации, статья 21 гласит: «Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может служить основанием для его умаления. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жесткому и унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию».

6. На то, чтобы специалисты давали шанс и оказывали помощь пациенту, который сразу не может полностью отказаться от употребления алкоголя или наркотиков.

Лечение и реабилитация должны быть:

Доступными и низкопороговыми.

- Доступность лечения – территориальная доступность.
- Доступное по времени лечение.
- Доступность лечения – отсутствие множества предварительных требований и условий, усложняющих поступление на лечение.
- Доступность лечения – по финансовым условиям (бесплатное, по страховке и т. д.).
- Доступность лечения – анонимное лечение, без постановки на диспансерный или профилактический учет (наблюдение). Система диспансерного учета (наблюдения) является одним из факторов нарушения прав пациентов, поскольку отталкивает их от обращения за лечением и создает предпосылки для нарушения конфиденциальности.

- В ряде случаев не требовали от пациента немедленного отказа от употребления алкоголя, так как отказ от употребления алкоголя является возможным результатом лечения (его целью).

Качественным.

- Качественное лечение – лечение на основе доказавших свою эффективность и рекомендованных ВОЗ методик.

Приемлемым.

- С культурной и этической точки зрения.

Адекватным.

- С научной и медицинской точки зрения.

Таким образом, с точки зрения Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и прав человека, наркотическую (или алкогольную) зависимость следует рассматривать как любое другое состояние здоровья, требующее медицинской помощи.⁴⁵ Пациент, страдающий от болезненного пристрастия, имеет право на свободу от дискриминации на основании своего диагноза, право на получение медицинской помощи в гарантированном объеме и право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Глава 4.

Этапы оказания наркологической помощи.

Комплексный характер наркологической помощи подразумевает, что на каждом этапе её оказания лечебное вмешательство осуществляется по четырем направлениям:

- Нормализация психофизиологического состояния больного (детоксикация, психофармакологическая помощь).
- Психотерапевтическая помощь.
- Реабилитационная помощь и противорецидивные мероприятия.
- Оказание психокоррекционной помощи созависимым лицам из микросоциального окружения больного.⁴⁶

Существенной частью процесса выздоровления является третичная профилактика: реабилитация, суть которой – стабилизация ремиссии

⁴⁵ Доклад Специального докладчика по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания на десятой сессии Совета по правам человека (2009). Режим доступа: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/103/14/PDF/G0910314.pdf> 21.06.2012

⁴⁶ «Правовая наркология. Концепция реформы системы наркологической помощи». Режим доступа: http://www.nan.ru/concept_nar/konceptiya_2012.pdf 21.06.2012

и профилактика рецидива болезни.

Цель помощи – достижение устойчивой ремиссии, что возможно только при сознательном отказе от употребления алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ), не основанном на страхе или принуждении, так как страх или принуждение не могут обеспечить стойкость ремиссии. Сознательный отказ от употребления алкоголя и ПАВ является результатом мобилизации внутренних ресурсов личности и выражается в определенном уровне мотивации к отказу от употребления ПАВ. Именно поэтому лечебный и реабилитационный процесс должен быть построен по программно-целевому принципу, где целью является формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ, а программа формируется в зависимости от исходного уровня мотивации пациента. Поскольку основная причина рецидива состоит в отсутствии у пациента психологических и социальных навыков жизни без использования алкоголя и ПАВ, содержанием программ должны быть медико-социо-психологические технологии, направленные на формирование таких навыков, что также возможно только при определенном уровне мотивации к приобретению этих навыков.

Клиент самостоятельно выбирает ту программу, и тот вид помощи, который соответствует его уровню мотивации на данный момент времени. Таким образом, целью работы является повышение мотивации на лечение и реабилитацию.⁴⁷

Организация компонентов помощи должна быть этапной и последовательной. Она возможна даже тогда, когда мотивация клиента на отказ или сокращение потребления алкоголя или наркотиков является минимальной.

Первый компонент лечебно-профилактического процесса – «Уменьшение вреда» и аутрич-работа.

Клиент не мотивирован к отказу от употребления ПАВ. В таком случае работа направлена на то, чтобы снизить возможные вредные последствия для человека и общества. Аутрич (от английского outreach – работа «во вне») – метод работы с населением и отдельными группами, при котором специально обученные сотрудники и/или добровольцы профильных служб выходят на места встреч наркозависимых. Специалисты, работающие в данной сфере, пытаются помочь снизить риски людям,

⁴⁷ Зыков О. В. «Современные принципы и подходы к формированию мотивационной наркологии» Режим доступа: http://правовая-наркология.рф/index.php?option=com_content&view=article&id=53:2012-03-20-20-32-39&catid=42:2012-03-19-18-22-05&Itemid=77 21.06.2012

которые не хотят или не могут в настоящий момент отказаться от наркотиков, а также информируют их о различных программах лечения наркозависимости, реабилитации для того, чтобы направлять туда тех, кто хочет прекратить употребление. Вот пример того, как специалисты могут помогать снижать риски, связанные с наркотиками, в частности риск передачи инфекций через нестерильные шприцы:

- Если ты употребляешь наркотики – лучше прекрати это делать.
- Если это невозможно, или ты не хочешь полностью прекращать, постарайся перейти на неинъекционный способ употребления. Инъекционный способ несет за собой больше всего рисков – как усугубления зависимости, так и передачи инфекций, разрушения вен и т. д.
- Если ты всё-таки употребляешь наркотики инъекционным путём, всегда пользуйся только новым шприцем, иглой, фильтром, ложкой, перетяжками и чистой водой для инъекций.
- Если нет новых инъекционных инструментов, используй только свои, ни у кого не бери, и ни кому их не давай.⁴⁸

Цель деятельности в рамках проекта по уменьшению вреда – привлечь пациента к общению с наркологической и социальной службой для предоставления ему помощи и информации о способах выздоровления и, таким образом, формировать первичную мотивацию к отказу от употребления ПАВ. Это возможно, если предоставить пациенту в рамках данной программы специфические услуги, в которых пациент заинтересован или нуждается в них в силу наличия у него зависимости от ПАВ. Прежде всего, таким компонентом лечебно-профилактического процесса может быть программа «уменьшения вреда», а к услугам в этом случае будут относиться:

- утилизация «грязных» шприцев (тем самым предотвращается случайное заражение в том числе лиц не ассоциируемых с употреблением ПАВ – случайных прохожих, дворников, детей и т. д.);
- обмен «грязных» шприцев на «чистые»;
- предоставление материалов, обеспечивающих стерильность инъекционного введения ПАВ;
- анонимное тестирование на наличие ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов;
- до-тестовое и после-тестовое консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и заболеваний передающихся половым путем;

⁴⁸ Проект «Снижение Вреда – Москва» Режим доступа: <http://rylkov-fond.org/blog/projects/harm-reduction-moscow/21.06.2012>

- консультации и помощь по вопросам, связанным с осложнением болезней вен;
- бесплатное предоставление презервативов;
- предоставление различных информационных материалов;
- помощь в получении направления к врачам и другим специалистам;
- помощь в преодолении бюрократических барьеров, связанных с госпитализацией в государственные наркологические больницы;
- социальная поддержка в трудных жизненных ситуациях.

Уменьшение вреда не ставит своей целью моментально вылечить клиента от зависимости. Это просто первый шаг постепенному возвращению в нормальную жизнь. Но начинать действовать нужно именно на том уровне, на котором находятся зависимые, предлагая им определенные практики и социальные услуги, в получении которых они заинтересованы. Уменьшение вреда включает в себя гораздо больше, чем просто набор определенных практик – это способ гуманного отношения к людям заболевших болезнью зависимости.

В докладе УНПООН (2008) «Снижение вреда здоровью и социальных последствий потребления наркотиков: комплексный подход» говорится: «Снижение вреда» зачастую необоснованно представляют противоречивой проблемой, как будто существует противоречие между предотвращением и лечением с одной стороны и снижением вреда здоровью и социальных последствий потребления наркотиков с другой. Это является ложной дихотомией. Они являются взаимодополняющими». ⁴⁹

Имеются надежные научные доказательства, говорящие о том, что программы «уменьшения вреда» способствуют значительному снижению уровня и скорости распространения заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты. Программы «уменьшения вреда» помогают установить контакт между службами медико-социальной помощи и людьми, в них нуждающимися, и приводят ко многим другим положительным результатам, как с точки зрения охраны здоровья, так и с точки зрения социальной защиты населения. ⁵⁰ В письме Исполнительного директора ЮНЭЙДС Мишеля Сидибе прямо говорится что «... ЮНЭЙДС, в том числе наши ко спонсоры, в особенности УНПООН

⁴⁹ УНПООН (2008) «Снижение вреда здоровью и социальных последствий потребления наркотиков: комплексный подход». Режим доступа: <http://www.unodc.org/documents/prevention/Reducing-adverse-consequences-drug-abuse.pdf> 21.06.2012

⁵⁰ Кертис, М. и Зеличенко А. «Экономический анализ программ снижения вреда: пособие для адвокации». Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ). Режим доступа: http://rylkov-fond.org/files/2011/10/econ_analysis_hr_ru.pdf 21.06.2012.

и ВОЗ, собрали значительное количество веских и непротиворечивых доказательств эффективности подходов к снижению вреда. Напротив, убедительные доказательства значительных негативных последствий таких вмешательств отсутствуют (...). Другими словами, снижение вреда обеспечивает отличную отдачу на государственные вложения».⁵¹

Второй компонент лечебно-профилактического процесса – «Контактный телефон».

Существующий уровень мотивации провоцирует клиента на активный поиск информации о способах выздоровления. Такую информацию он может получить в случае функционирования компонента лечебно-профилактического процесса «Контактный телефон». Цель этой программы заключается в том, чтобы, сохраняя достаточный уровень доверия, привлечь пациента к личному контакту с наркологической службой.

Третий компонент лечебно-профилактического процесса – «Первичное консультирование».

Готовность пациента сознательно и самостоятельно прийти с целью получения наиболее полной информации о способах выздоровления должна удовлетворяться компонентом лечебно-профилактического процесса под названием «Первичное консультирование». Цель – сформировать доверие пациента к реабилитационному и лечебному процессу, что возможно, в том числе, если первичное консультирование будут проводить консультанты из числа лиц, имеющих собственный опыт выздоровления от зависимости от алкоголя или наркотиков.

Четвертый компонент лечебно-профилактического процесса – «Неотложная наркологическая помощь».

Физическое страдание пациента в период прекращения злоупотребления, заставляющее пациента обратиться за помощью к наркологической службе, создает наиболее благоприятные условия для усиления формирования мотивации к отказу от употребления ПАВ. Целью, оказываемой в этом случае помощи, должно быть не только избавление от физического страдания, но и психологическая интервенция, направленная на формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это достигается, прежде всего, минимизацией использования традиционной для

⁵¹ Письмо Исполнительного директора ЮНЭЙДС Мишеля Сидибе Председателю Пятьдесят второй сессии Комиссии по наркотическим средствам г-же Селме Ашипала-Мусави. Режим доступа: <http://www.hrw.org/en/news/2009/02/12/letter-executive-director-unaid-chair-cnd> 21.06.2012.

нашей страны медикаментозной терапии (особенно нейролептиков⁵²), адекватностью ее назначения и максимально возможным психотерапевтическим вмешательством на фоне психологического и физического страдания пациента. Специально обученные консультанты по химической зависимости могут посещать пациентов, проходящих курс детоксикации, с целью усиления мотивации на выздоровление и участие в реабилитационных программах после ее завершения.

Пятый компонент лечебно-профилактического процесса – «Амбулаторный компонент».

Базовой ценностью амбулаторного компонента, как и всей лечебной субкультуры, являются группы самопомощи для людей с различными видами зависимости (от алкоголя, наркотиков, азартных игр и др.). Для выздоровления от зависимостей в этих группах используется методика и основные принципы сообщества Анонимных Алкоголиков, действующего более чем в 150 странах мира и объединяющего в настоящее время миллионы людей. Первое сообщество Анонимных алкоголиков (АА) появилось в 1935 году и положило начало огромной работе над программой преодоления алкоголизма и, впоследствии, других видов зависимостей. В этой программе под названием «12-шагов» впервые была предпринята попытка осознать зависимость от химических веществ или другие формы патологической зависимости, как био-психо-социо-духовную болезнь, а выздоровление от зависимости – в более широком смысле – как духовное развитие человека.

В РФ первые группы самопомощи «Анонимные алкоголики» появились в конце 80-х годов. Чуть позже появились «Анонимные наркоманы». Амбулаторный компонент лечебно-профилактического процесса должен быть в значительной мере обращен к родственникам и близким лиц, страдающих зависимостью от ПАВ, и имеющим проявления созависимости. Одним из наиважнейших факторов выздоровления является оздоровление микросоциальной среды пациента. Целью этого компонента является преодоление созависимых отношений в микрогруппе. Основным способом добиться стойкого преодоления созависимых отношений – это, используя Амбулаторный компонент лечебно-профилактического процесса, привлечь лиц, страдающих созависимостью, к преодолению этого страдания путем посещения групп самопомощи. Сегодня во многих городах доступны группы: «Ал-Анон» и «Взрослые дети ал-

⁵² Ю. Сиволап. «О применении психотропных средств в наркологии» Режим доступа <http://www.narcom.ru/publ/info/95821.06.2012>.

коголиков» (для родственников алкоголиков), «Алатин» (для детей алкоголиков), «Нар-Анон» (для родственников наркоманов), «И-Анон» (для родственников азартных игроков), группы для родственников людей, живущих с ВИЧ-положительным статусом.

Шестой компонент лечебно-профилактического процесса – «Комплексная интенсивная групповая психотерапия».

Комплексная интенсивная групповая психотерапия может реализовываться как в режиме дневного стационара (амбулаторно), так и в режиме круглосуточного стационара, расположенного как в городской, так и в загородной зоне. Цель комплексной интенсивной групповой психотерапии – выработка психологических и социальных навыков жизни без употребления алкоголя или ПАВ. Содержанием комплексной интенсивной групповой психотерапии являются социально-психологическое моделирование различных жизненных ситуаций, с которыми сталкивается пациент, страдающий зависимостью от алкоголя или ПАВ.

Важным аспектом является осознание и принятие пациентами собственной болезни, профилактика срыва, формирование навыков преодоления отрицания и сопротивления лечению, повышение мотивации на трезвость, изменение и выработка собственной системы ценностей, основанной на трезвости. Компоновка используемых терапевтических технологий всегда носит авторский характер и зависит от уровня профессионализма руководителей и персонала этого компонента лечебно-профилактического процесса.

Седьмой компонент лечебно-профилактического процесса – «Дом на полпути».

«Дом на полпути» – это община, обычно располагаемая в загородной зоне, работающая по принципам самопомощи и самообеспечения. В случае приобретения пациентом достаточных психологических навыков преодоления зависимости от ПАВ, но при отсутствии социальных навыков, пребывание в программе «Дом на полпути» дает возможность в щадящем режиме приобрести такие социальные навыки, прежде всего, трудовые навыки, навыки самообеспечения, выстраивания взаимоотношений в трезвости и т. д. Эта программа является завершающим этапом приобретения лицом, страдающим зависимостью от ПАВ достаточного комплекса качеств, необходимых для жизни в условно нормальном социуме.

Вышеизложенная схема организации программ является последовательной системой третичной профилактики – профилактики рецидива у зависимого от алкоголя или ПАВ лица, и не исчерпывает всех задач

наркологической службы. Необходимо понимать что природа возникновения болезней зависимости и социально-психологическая технология помощи лицам, зависимым от алкоголя и наркотиков по своей сути идентичны. Поэтому реабилитация должна иметь единые стандарты. Концептуальной основой эффективной помощи должна быть психо-социальная технология формирования реабилитационной среды, где люди могут обретать жизненные и социальные ценности, альтернативные употреблению алкоголя и наркотиков.

Глава 5.

Тенденции развития зарубежной наркологии и реабилитологии за последние 30 лет.

Автономов Д.А.

«Социально-экономические процессы, происходившие в советском обществе в 70-х годах прошлого века, были отмечены ростом пьянства и алкоголизма. В связи с этим, возникла необходимость в разработке эффективных государственных мер противодействия, в том числе, дополнительных мер по профилактике и лечению болезней зависимости. Для решения этой задачи, в 1976 году, наркология, в качестве специализированной службы и врачебной специальности, была выделена из психиатрии, обретя самостоятельный статус и приоритетные условия развития. Разработкой новых научных подходов в области профилактики, диагностики и лечения химической зависимости призван был заниматься, образованный в последующем, профильный исследовательский институт, ныне Национальный научный центр наркологии. К сожалению, дальнейшее развитие официальной отечественной наркологии все меньше отражало потребности самих пациентов, а терапевтические подходы все больше расходились с существующими в мировой практике. Несмотря на это, продолжал культивироваться миф о том, что созданная в стране служба, «является предметом нескрываемой зависти преобладающего большинства наших зарубежных коллег», и о том, что «медицинские программы у нас лучше, чем где-то в мире». Обособленное развитие и собственная некритичность постепенно изолировали наркологию в ряду других клинических дисциплин и, хотя окончательного разрыва наркологической службы с психиатрией не произошло, болезни зависимости заняли особое положение где, рекомендованные ВОЗ, протоколы ведения больных и стандарты лечения стали попросту игнорироваться».⁵³

⁵³ М. Л. Зобин. «Отечественная наркология: 35 лет самостоятельного пути. Неутешительно»

В отечественной наркологии исторически сложилось так, что в отношении зависимых лиц ставились и решались в основном медико-биологические задачи, а в западной наркологии – преимущественно социально-реабилитационные. Этот существенный пробел в развитии реабилитационного звена одна из причин, по которой в нашей стране необходима стимуляция и внедрение передовых социально-реабилитационных технологий оказания помощи.

Тенденции развития зарубежной наркологии (медицины зависимости).

1. Аутрич-работа – метод работы с населением и отдельными группами, при котором специально обученные сотрудники и/или добровольцы профильных служб выходят на места встреч наркозависимых. Традиционная модель подразумевает самостоятельное обращение клиента к различным специалистам, каждый из которых оказывает клиенту помощь исходя из собственных профессиональных приоритетов. Такая модель не предусматривает активного поиска и привлечения клиентов, мотивирования клиентов на изменение поведения или командной работы специалистов. Традиционно существующая практика не учитывает возможности широкого привлечения бывших пациентов, прошедших обучение и знающих проблему изнутри, и способных войти в доверие пациентам. Иными словами, традиционная модель наркологической помощи рассчитана только на социально адаптированных клиентов (пациентов), способных четко сформулировать собственные потребности и самостоятельно обратиться за определенным видом помощи. Часть пациентов особенно испытывающих недоверие, самостигматизированных или низко мотивированных остаются вне поля наркологической и социальной службы. Аутрич-работа восполняет этот пробел и активно протягивает руку помощи зависимым лицам. Еще одной из задач аутрич-работы – является предупреждение передозировки наркотиков и распространения инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, гепатиты и заболевания, передающиеся половым путем.

2. Развитие программ «снижения вреда». Программы снижения ущерба (вреда) – являются прагматичным подходом стимулирующих индивидуумов к изменению проблемного поведения без прохождения интенсивной терапии и требований пожизненного воздержания.

3. Осуществление специальных программ и тренингов для потребителей наркотиков по профилактике развития и методике оказания помощи при передозировке. Такие обучающие программы включают в себя

обучение потребителей ПАВ практическим рекомендациям по недопущению возникновения передозировки, выявлению признаков передозировки и методам пошаговой тактики при оказании первой помощи. Эта практика включает в себя немедленный вызов скорой помощи, обеспечение проходимости дыхательных путей, профилактику аспирации, осуществление искусственного дыхания и непрямого массажа сердца (при необходимости). Помимо этого среди потребителей наркотиков опийной группы, специально обученные специалисты, распространяют антидот (налоксон) и обучают способам его применения в случае передозировки наркотиков. Налоксон является специфическим противоядием, высокоэффективным в случае передозировки опиатами и практически не имеющим побочных эффектов. Эффект от введения налоксона наступает очень быстро (от нескольких десятков секунд до 2–3-х минут) и длится около 30–40 минут. Так как зачастую потребители наркотиков употребляют их в компании, наличие противоядия у одного из них значительно уменьшает риск смерти, так как в случае передозировок важна каждая минута. Подобные программы уже спасли тысячи жизней среди потребителей инъекционных наркотиков.

4. Внедрение системы кейс-менеджмента в наркологии – то есть непрерывного медико-социального сопровождения клиентов, имеющих множество проблем и сложностей, и находящихся в тяжелой жизненной ситуации, со стороны сотрудников НКО и государственных социальных и медицинских институтов. Система кейс-менеджмента предлагает услуги по индивидуальному, персональному сопровождению. Целью кейс-менеджмента является улучшение доступа к медицинским услугам, повышение приверженности к АРВ-терапии для ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, сохранение здоровья и улучшение качества жизни людей, имеющих комплексные проблемы, связанные с зависимостью, беременностью, освобождением из мест заключения, ВИЧ/СПИДом, документами, проживанием, работой и т. д. и требующие индивидуального подхода и поэтапного решения. Система кейс-менеджмента включает в себя мотивационное консультирование, психологическую поддержку, обеспечение доступа к услугам государственных учреждений здравоохранения, правовой и социальной защиты и включает последующий патронаж. Традиционная схема и примерный алгоритм сопровождения таков:

- Установление контакта с зависимым лицом, нуждающимся в помощи, анализ его (ее) ситуации и выбор приоритетов деятельности.
- Мотивация на сотрудничество, составление индивидуального плана

и выработка договоренности по медико-социальному сопровождению.

- Непосредственное индивидуальное сопровождение, а также направление в различные учреждения.
- Мониторинг предпринятых действий и анализ результатов.

5. Предоставление лицам, которые употребляют наркотики (получают заместительную терапию) работы в программах снижения вреда и в инициативных группах в качестве профессиональных сотрудников, аутрич-работников или активистов. Некоторые положительные моменты подобной практики: Наркопотребитель, имеющий постоянную работу, может стать отличным примером для других потребителей. Такой работник показывает наркопотребителям, что они тоже могут найти работу в сфере, где у них имеются знания и опыт. Потребители наркотиков зачастую эффективнее, чем кто бы то ни было, доводят до других наркопотребителей информацию о том, как сохранить здоровье. Многие из тех, кто не желает или не может отказаться от наркотиков, не доверяют медикам и социальным работникам. А получая медицинскую информацию от таких же наркопотребителей, они более восприимчивы к советам, которые могут спасти их жизнь. Работа в социально-организованной среде позволяет потребителям наркотиков сформировать важные навыки, которые помогут им в будущем трудоустройстве. Работа в дружественной обстановке – например, в программе снижения вреда – помогает потребителям наркотиков приобрести такие необходимые для трудоустройства умения, как соблюдение графика работы, участие в собраниях, проведение исследований и составление отчетов, урегулирование кризисных ситуаций, консультирование, использование компьютера и другой офисной техники. Этот опыт работы открывает для потребителей перспективу профессионального трудоустройства в других видах организаций. Участие в проекте формирует у потребителей чувство сопричастности и удовлетворения от того, что они помогают сообществу.⁵⁴

6. Прием на работу и поддержка потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ и (или) вирусными гепатитами. Положительные моменты подобной практики: прием на работу лиц, живущих с ВИЧ и (или) гепатитами, оказывает им поддержку и помогает обрести уверенность в своих силах и возможностях. В контексте работы программ по принципу «равный –

⁵⁴ «Снижение вреда за работой». Прием на работу людей, употребляющих наркотики. Режим доступа: <http://www.pmplus.org/programmy-snijiya-vreda/1462-snienie-vreda-zarabotoi.html> 21.06.2012

равному», такие сотрудники являются лучшими консультантами для работы с наркопотребителями, живущими с ВИЧ и (или) с гепатитами. Эти сотрудники являются экспертами, которые владеют конкретной и специфической информацией, отвечающей запросам клиентов службы.

7. «Альтернативное лечение» или «Заменяющая наказание терапия» (то есть часть пациентов проходит реабилитацию по решению суда). Под альтернативным видом лечения подразумевается терапия, выбираемая самим пациентом взамен тюремного заключения в случае совершения определенного круга преступлений, не относящихся к категории тяжких. Например, вождение автотранспорта в состоянии опьянения и/или совершение ДТП (не повлекшее человеческих жертв). «Заменяющая наказание терапия» не является недобровольной или принудительной, поскольку человек самостоятельно делает выбор между участием в терапии и заключением под стражу.

8. Краткосрочные вмешательства – это короткие целенаправленные дискуссии (часто не дольше 15 минут), способствующие снижению уровня потребления алкоголя у некоторых индивидов, у которых диагностируется «употребление алкоголя с вредными последствиями». Кратковременное вмешательство представляет собой беседу с пациентом, в которой предоставляется информация об употреблении пациентом психоактивных веществ, с намерением помочь ему измениться (прекратить употребление или уменьшить его). Краткосрочные вмешательства разработаны с тем, чтобы помочь осознать неблагоприятное влияние употребления алкоголя и мотивировать к изменению поведения. Многие из них содержат одинаковые компоненты, например обратная связь о неблагоприятном влиянии алкоголя, сравнение уровня потребления алкоголя индивидом с общепринятыми нормами, а также обсуждение отрицательного влияния употребления алкоголя. Для примера – рекомендация по проведению краткосрочного вмешательства осуществляемого врачом:

- Укажите на негативные последствия пьянства пациента или употребления наркотиков в не осуждающей, поддерживающей манере. Это касается физического и эмоционального здоровья пациента, а также его жизни дома и состояния дел на работе.
- Выразите озабоченность по поводу того, что при таком положении дел у пациента могут развиваться серьезные проблемы с алкоголем или другими аддиктивными веществами.
- Дайте определённые рекомендации по уменьшению или прекращению употребления алкоголя. Посоветуйте пациенту употреблять

спиртные напитки в безопасных пределах.

- Предоставьте образовательные материалы, если таковые имеются.
- Попросите пациента показаться по прошествии 2–8 недель для оценки состояния; оставьте возможность для будущих рекомендаций.
- Если окажется, что употребление вещества пациентом больше не создаёт проблем, то дальнейшее лечение не требуется. Если последующая встреча указывает на сохраняющееся проблемное употребление, может быть рекомендовано дополнительное лечение.

9. Развитие системы социально-психологических тренингов. Например: «Тренинг навыков решения социальных проблем», «Тренинг развития социальных навыков», «Тренинг совладания со стрессом». Употребление алкоголя или наркотиков в этой модели оказания помощи рассматривается как патологическое средство, позволяющие пациентам совладать с трудными ситуациями, избавиться от неприятных эмоций и уйти от давления со стороны общества. Тренинг социальных навыков является компонентом когнитивно-поведенческой психотерапии. Этот метод предполагает, что большой набор навыков совладания будет ослаблять стресс в ситуациях повышенного риска и служить альтернативой употреблению алкоголя или ПАВ. Техники включают в себя формирование чувства уверенности в себе, моделирование и ролевое проигрывание навыков, например отказа от алкоголя и решения межличностных проблем. Специалисты помогают клиентам изменить свои привычные дезадаптивные паттерны поведения, начав действовать по-новому исходя из принципа: «остановись, осмотришь, прислушайся, спроси, не торопись, подумай!». Под призывом «подумай!» подразумевается обращение к самому себе с вопросами, которые бы одновременно иллюстрировали основные навыки решения проблемы, например:

- «В чем состоит проблема?»
- «Что можно отнести к релевантным фактам?»
- «Каким образом представляется проблема моему партнеру?»
- «Какую цель стоит выбрать?»
- «Что бы я смог сделать?»
- «Каковы будут последствия этого варианта решения?»
- «Что может произойти дальше?»

В общем и целом, в процессе тренинга развития социальных навыков клиент должен научиться:

- Чувствительности к проблеме в сфере межличностных отношений (осознание социальных проблем, готовность работать над их преодолением).

- Каузальному мышлению (умение видеть, что собственные чувства и поступки связаны с поведением других людей).
- Продумыванию альтернатив решения (выработка различных решений, отсутствие жестко запрограммированной установки на «наилучшее» решение).
- Антиципации последствий (продумывание последствий принимаемых решений).
- Продумыванию целей и средств (составление плана по достижению цели).

Интервенция, осуществляемая специалистами во время проведения тренинга, состоит из двух этапов: первый этап посвящен предпосылкам решения проблем (например, ответственности перед самим собой, различению фактов и мнений, осознанию и выражению своих чувств, тренингу памяти); а второй этап – собственно навыкам решения проблем (например, выработке большого числа возможных решений, продумыванию последствий, последовательной реализации принятого решения). Цель интервенции состоит в том, чтобы достичь удовлетворительной способности решать повседневные проблемы. Цель тренинга социальных навыков чтобы достичь способности решать повседневные проблемы, а не избегать их решения употребляя алкоголь или наркотики. Опыт получения помощи и участия в реабилитационной субкультуре может способствовать мотивации на дальнейшее лечение и изменение в будущем. Опубликовано, по меньшей мере, 25 контролируемых испытаний, посвященных тренингу социальных навыков, в частности рандомизированное испытание девяти еженедельных 90-минутных сеансов и групповых дискуссий.⁵⁵ Через год клиенты из группы тренинга социальных навыков выпивали на одну треть меньше, чем клиенты из дискуссионной группы, имели в два раза больше «трезвых» дней (77% против 32%) и после выписки воздерживались от употребления спиртного в шесть раз дольше.

10. Развитие психотерапии усиливающей мотивацию, осуществляемую подготовленными психотерапевтами в условиях первичного медицинского приема. Мотивационная терапия призвана стимулировать зависимых лиц к благоприятному отношению к изменению их проблемного поведения. Несмотря на краткосрочность метода он доказал свою эффективность в случае алкогольной зависимости. В частности, в рам-

⁵⁵ Ericksen, L., Bjornstad, S. & Gotestam, K.G. (1986) Social skills training in groups for alcoholics. *Addictive Behaviours*, 11, 309–329.

ках исследовательского проекта МАТСН эффективность терапии усиления мотивации, несмотря на то, что проводилось всего четыре сеанса, в отличие от 12 сеансов в других методиках (подготовительные сеансы к программе «12-шагов» и когнитивно-поведенческая психотерапия) оказалась столь же высокой.⁵⁶ Мотивационное интервьюирование является идеальной краткосрочной психотерапией для пациентов, имеющих проблемы, связанные с употреблением алкоголя, в условиях первичной медицинской помощи.

11. Повсеместный отказ от популярных в 70–80 годы реабилитационных программ на базе стационаров (28–35 дней) в пользу интенсивных амбулаторных программ Причины: отсутствие явных преимуществ, сопоставимая эффективность, значительно меньшая стоимость и затратность, пациент продолжает работать, учиться, остается в семье.

12. «Профессионализация» консультантов по химической зависимости. Кардинальное изменение состава тех, кто осуществляет лечение. Консультантов по зависимости (только личный опыт выздоровления (ремиссия)) без специального медицинского и психологического образования все больше сменяют профессионалы в области аддиктологии (базовое образование: врач-психиатр, клинический психолог плюс специализированное многолетнее обучение, собственная индивидуальная личная терапия, супервизия), прошедшие соответствующее обучение и имеющие лицензию на осуществление деятельности. С другой стороны сами консультанты по химической зависимости поступают в медицинские и психологические высшие учебные заведения и становятся профессионалами, имеющими помимо собственного опыта выздоровления, необходимые знания и лицензии на право заниматься лечебной деятельностью. Таким образом, принцип: «равный – равному», в рамках реабилитационных программ уже не является доминирующим и абсолютным.

13. Появление пролонгированных, профессиональных программ реабилитации в рамках, когда клиент и психотерапевт вместе, проанализировав все плюсы и минусы, сообща решают, какова будет долгосрочная цель лечения – полная абстиненция или контролируемое употребление алкоголя.⁵⁷

⁵⁶ Project MATCH Research Group (1997) Matching Alcohol Treatments to Client Heterogeneity: posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcoholism*, 58, 7–29.

⁵⁷ Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., Feldhege, F. J., Schulze, B. & Krauthahn, G. (1982). Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger. In H. Vollmer & S. Kraemer (Hrsg.), *Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger* (S. 45–78). München: Röttger.

14. Появление альтернативных «12-шаговым» моделям программ реабилитации, предназначенных для лиц, которым неприемлема её духовная направленность или оскорбляет акцент на «признание бессилия перед алкоголем», но которые, тем не менее, хотят получить помощь (например: «SOS», «Тренинг самообладания и исцеления» – «SMART Recovery» © (СМАРТ)). Одной из причин развития таких альтернативных подходов послужило появление убедительных рандомизированных контролируемых исследований не подтверждающих, что группы Анонимных Алкоголиков или программа «12-шагов» более эффективны, чем другие методы лечения.⁵⁸ Таким образом, в начале 90-х годов, монополии АА в сфере лечения алкогольной зависимости был положен конец.⁵⁹ СМАРТ выздоровление – это межнациональная некоммерческая организация, предлагающая доступные группы поддержки для людей, которые желают достичь независимости от любого типа зависимого поведения. Название программы СМАРТ – это акроним означающий Тренинг Управления Собой и Восстановления. Программа реабилитации СМАРТ учит как:

- Укреплять и поддерживать мотивацию к воздержанию.
- Справляться с влечением к объекту аддикции (тягой).
- Управлять мыслями, чувствами и поведением.
- Находить баланс между сиюминутными и длительными удовольствиями.

СМАРТ отличается от традиционных «12-шаговых» программ тем, что СМАРТ имеет естественнонаучную основу, а не только духовную. Технология помощи СМАРТ получила свое признание от Американской академии семейных врачей, Национального института по злоупотреблению наркотиками (NIDA), Департамента здравоохранения и социальной службы и др. авторитетных организаций. СМАРТ выздоровление учит, как усилить уверенность в собственных силах, предпочитая ее (т.е. уверенности в себе) признанию своего бессилия перед алкоголем или наркотиками. СМАРТ рассматривает зависимое поведение скорее как дезадаптивную привычку, а не как болезнь. СМАРТ поддерживает посещения групп самопомощи в течение нескольких месяцев и даже лет, но не делает акцент о необходимости обязательного посещения про-

⁵⁸ McCrady, B.S., Epstein, E.E. & Hirsch, L.S. (1996) Issues in the implementation of a randomised clinical trial that includes Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 604–612.

⁵⁹ Nowinski, J., Baker, S. & Carroll, K.M. (1992) *Twelve-Step Facilitation Therapy Manual*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

граммы на протяжении всей жизни (например, как в Анонимных Алкоголиках). SMART не поддерживает использование ярлыков таких как «алкоголик», «зависимый», «больной» и т. д. Ежедневно во всем мире проводится около 300 групп SMART.⁶⁰

Программа SOS – альтернативный метод выздоровления для тех алкоголиков или наркоманов, которые испытывают дискомфорт от духовного содержания широко распространенных «12-шаговых» программ. SOS получило признания от профессионалов в области реабилитации, и от общенациональной судебной системы. В ноябре 1987, суды Калифорнии признали группы SOS как альтернативу группам Анонимных Алкоголиков, в случаях приговоров к обязательному участию подсудимого в реабилитационной программе. Также, Администрация Ветеранов приняла запрет на обязательное участие в программах религиозного характера. В свою очередь SOS использует рациональный, светский подход к выздоровлению, и настаивает на том, что трезвость – тема отдельная от религиозности или духовности. SOS считает обретение и сохранение трезвости личным достижением человека, без упования на какие-либо «Высшие Силы». SOS с уважением относится к выздоровлению, вне зависимости от пути, которым оно достигнуто и при этом SOS не противостоит и не конкурирует ни с одной другой программой выздоровления. SOS поддерживает здоровый скептицизм и поощряет использование научных методов для понимания алкоголизма. SOS – некоммерческая сеть автономных, непрофессиональных региональных групп, ставящих своей целью исключительно помощь отдельным людям в достижении и поддержании трезвости. SOS базируется на 3-х основных принципах:

- трезвость;
- самопомощь;
- не религиозность.

Под трезвостью имеется в виду полное воздержание от алкоголя и всех изменяющих сознание наркотиков. Собрания групп проходят во многих городах в США и всего лишь в нескольких городах нашей страны. Все, кто искренне стремятся к трезвости, приветствуются как члены группы SOS. Члены групп SOS стремятся лишь помочь поддерживать трезвость тем, кто страдает от алкогольной или наркотической зависимости. Как ассоциация, SOS не имеет мнения по посторонним вопросам и не желает быть вовлеченной ни в какие внешние дебаты. Члены SOS делятся опытом, открытиями, идеями, информацией и поощрением на дружест-

⁶⁰ Smart Recovery. Режим доступа: <http://www.smartrecovery.org/21.06.2012>

венных, честных, анонимных и поддерживающих собраниях групп самопомощи SOS. Группы SOS сами себя поддерживает через пожертвования ее членов, и отказываются от внешней помощи.⁶¹

15. Появление специализированных и структурированных техник, позволяющих эффективно использовать собственные усилия для отказа от алкоголя или наркотиков. В качестве примера можно привести «Рациональное Восстановление».⁶² Рациональное Восстановление – основано на методике под названием «Техника Распознавания Голоса Зависимости» (ТРГЗ). Эмпирической основой оценки ТРГЗ является массив современных научных данных, позволяющих заключить, что преобладающее количество «проблемных» потребителей алкоголя и наркотиков оставляют употребление без какой-либо профессиональной помощи. «Техника Распознавания Голоса Зависимости» является техникой самопомощи. Основой терапевтического эффекта ТРГЗ является когнитивное реструктурирование. Концепция «Рационального Восстановления» использует поведенческую модель аддиктивного расстройства вместо медицинской модели болезни.

16. Появление специализированных и структурированных техник, ориентированных на дистанционную помощь проблемным потребителям алкоголя и зависимым лицам, через сеть Интернет и/или посредством использования интерактивных мультимедийных приложений. Ведутся разработки компьютерных и мультимедийных программ, основанных на когнитивно-поведенческих техниках, как инструментах самопомощи для людей с алкогольной и наркотической проблемой. Примером является уже упомянутая методика «Техника Распознавания Голоса Зависимости». Курс обучения ТРГЗ распространяется онлайн, а также в наборе из 12 DVD, и посредством книг и брошюр. Другим примером является веб-приложение от Dr. Reid Hester, предназначенное для дистантной помощи лицам с алкогольной зависимостью. Проект обеспечивает конфиденциальность данных и позволяет получить комплексную оценку употребления алкоголя, подробную, объективную обратную связь и помощь в принятии решения о том, следует ли что-либо менять в вопросе потребления алкоголя.⁶³ Проект Life Process Program© (LPP) представляет собой интерактивную, мультимедийную восьминедель-

⁶¹ «SOS» Режим доступа: <http://www.sossobriety.org/21.06.2012>

⁶² «Рациональное Восстановление». Режим доступа: <https://rational.org/index.php?id=121.06.2012>

⁶³ Dr. Reid Hester. <http://www.drinkerscheckup.com/index.cfm?CFID=110982853&CFTOKEN=9685223921.06.2012>

ную программу для лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков, включающую в себя элементы коучинга с тренером и выполнение специальных практических (поведенческих) заданий. Обратная связь обеспечивается через чат, электронную почту, видеоконференции через Skype и использование приложений, совместимых с персональным компьютером, iPad, Kindle.⁶⁴ Еще одним примером являются проекты, предлагающие лицам с проблемным потреблением алкоголя, интерактивную версию самопомощи с использованием интернет-ресурсов движения поддержки Smart Recovery © и движения «За умеренное употребление алкоголя» (ММ).⁶⁵

17. Появление специализированных проектов оказания профилактической реабилитационной помощи, направленной на определенные группы гражданского общества, например: студентов, женщин, представителей меньшинств. Например, онлайн-проект «Alcohol eCHECKUP TO GO» для студентов университетов и колледжей, функционирующий с целью снижения потребления алкоголя в университетских кампусах, с особым упором на две группы повышенного риска: студентов-первокурсников и спортсменов.⁶⁶ Еще одним примером специализированных проектов является программа «Женщины за трезвость» – являющаяся некоммерческой организацией, призванной помочь женщинам преодолеть алкоголизм и другие зависимости. «Женщины за трезвость» оказывает услуги женщинам-алкоголикам с 1976 года. «Женщины за трезвость» помогают женщинам найти свой индивидуальный путь к возрождению через открытие себя, путем обмена опытом, внушения надежды и оказания поддержки от других женщин, оказавшихся в аналогичных обстоятельствах и имеющих опыт решения схожих проблем. Программа «Женщины за трезвость» признает особую важность воспитания чувства самооценности, чувства собственного достоинства, поддерживает желание женщин отказаться от чувства вины, стыда и унижения. Мировоззрение программы «Женщины за трезвость» «Новая жизнь» сконцентрировано в «13 пунктах» и заключается в том, что мышление и воображение предшествуют действиям и поступкам. «Если наши мысли всегда отрицательны, наши действия также будут отрицательны. Если наши мысли положительные, то наши действия будут положительны».

⁶⁴ Проект Life Process Program© (LPP). Режим доступа: <http://www.peele.net/21.06.2012>

⁶⁵ Интернет-ресурс движения поддержки «За умеренное употребление алкоголя». Режим доступа: http://www.moderatedrinking.com/home/default_home.aspx?p=register_login 21.06.2012

⁶⁶ «Alcohol eCHECKUP TO GO». Режим доступа: <http://www.echeckuptogo.com/21.06.2012>

Целью «Женщин за трезвость» является изменение мышления, освобождение от негативных убеждений и стереотипов.⁶⁷ Еще одним примером является программа помощи созданная Dr. Charlotte Kasl – «16 шагов». Ее подход имеет много параллелей с направлением, так называемой позитивной психологии, и теорией привязанности, и основан на развитии гибкости, уважении индивидуальных и культурных различий. Программа помощи «16-шагов» также во многом ориентированна на помощь страдающим от зависимости женщинам.⁶⁸

18. Появление реабилитационных программ и общественных движений (групп самопомощи), действующих в русле рационального позитивизма, применяющих когнитивно-поведенческие принципы с целью возвращения к умеренному употреблению алкоголя (например, движение «За умеренное употребление алкоголя» – «ММ»)⁶⁹ Национальная сеть «За умеренное употребление алкоголя» – «ММ» представляет собой поведенческую программу изменения и группы само/взаимопомощи и поддержки для людей, обеспокоенных их употреблением алкоголя и желающих внести положительные изменения в свой образ жизни. ММ дает возможность людям принять личную ответственность за свой выбор модели употребления алкоголя и поддерживает поиск собственного пути, будь то умеренность в потреблении спиртного или полное воздержание. Участие в группах ММ бесплатно и конфиденциально. Члены сообщества ММ полагают, что злоупотребление алкоголем, это заученное поведение (привычка), а не болезнь. Этот подход признает, что люди, которые пьют слишком много, могут страдать от той или иной степени связанных с алкоголем проблем, начиная от легкой до умеренной и до тяжелой. Разумным выбором для лиц с алкогольными проблемами на ранней стадии является умеренность в потреблении спиртного. Сообщество ММ рассматривается его участниками как хорошее место, чтобы приступить к решению проблем с алкоголем. Если ММ оказывается неэффективным решением, то рекомендуется перейти к более радикальным программам, ориентированным на достижение полной абстиненции. По статистике около 30% членов ММ переходят к полному воздержанию и участию в программах, в которые имеют своей целью полное воздержание от употребления алкоголя (например: Анонимные

⁶⁷ «Женщины за трезвость». Режим доступа: <http://womenforsobriety.org/beta2/21.06.2012>

⁶⁸ Программа «16 шагов». Режим доступа: <http://nadinegaye.tripod.com/16steps-2.htm> 21.06.2012

⁶⁹ Национальная сеть «За умеренное употребление алкоголя». Режим доступа: <http://www.moderation.org/21.06.2012>

Алкоголики, группы «SOS», «Тренинг самообладания и исцеления»). Таким образом, программа ММ открывает дверь в другие сообщества и группы помощи. Программа ММ предлагает новичкам воздержаться от употребления алкоголя в течение 30 дней пред тем как переходить к умеренному потреблению. Под «умеренным потреблением алкоголя» в ММ понимается:

Для мужчин: не более 14 порций алкоголя в неделю, и не более 4-х порций за раз.

Для женщин: не более 9 порций алкоголя в неделю, и не более 3-х порций за раз.

Для тех и других: рекомендация пить алкогольные напитки не чаще чем 4 дня в неделю (то есть должно быть 3 «трезвых» дня).

Одна порция алкоголя равна приблизительно 10 граммам спирта. В США жидкая унция приравнивается к 30 мл. То есть порция алкоголя равна примерно двенадцати унций (5% алкоголя) пива, 5 унций столового вина (12%), или 1,5 унции крепких напитков (40%).

Другим примером является проект «My Way Out», который сочетает в себе фармакологическую помощь (применяются препараты, уменьшающие тягу выпить, такие как: Торатам, Асампросате (в РФ для лечения алкогольной зависимости не зарегистрированы), Налтрексон и его пролонгированная версия Вивитрол (в РФ зарегистрированы)), гипнотерапию, релаксацию (осуществляемую посредством прослушивания компакт-дисков, которые можно воспроизводить на дому), использование пищевых добавок и физических упражнений. Программа «My Way Out» позиционируется для тех, кто хочет бросить пить навсегда или для тех, кто хочет изменить свои привычки и начать пить умеренно, контролируемым образом.⁷⁰

Глава 6.

Практика Российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании».

Нами изложен опыт Российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» (Фонд НАН) президент фонда Зыков О. В. по созданию, поддержанию и продвижению амбулаторных реабилитационных программ. Фонд НАН – это общественная некоммерческая организация, основанная в 1987 году. Фонд НАН имеет 74 региональных отделения в России.

Сотрудниками фонда большое внимание уделяется профилактиче-

⁷⁰ «My Way Out». Режим доступа: <http://www.mywayout.org/21.06.2012>

ской работе, издательской деятельности, организации амбулаторных реабилитационных программ, формированию лечебной субкультуры для пациентов и поддержке групп самопомощи. Сотрудниками фонда соблюдается три принципа организации службы:

1. Анонимность.
2. Доступность.
3. Бесплатность.

Специалисты фонда сходятся во мнении, что центральным вопросом государственной антиалкогольной политики должна стать стратегия снижения спроса на алкоголь и наркотики, а не только меры по ограничению его доступности. Нельзя заниматься проблемой алкоголизма и наркомании только с позиции оборота химических веществ, потому что в основе проблемы злоупотребления психоактивными веществами – человек и его выбор. Повышение уровня мотивации на прекращение злоупотребления алкоголем и наркотиками и сохранение трезвости является стержневым элементом реабилитации. А критерием эффективности наркологической помощи должен быть не вынужденный отказ от алкоголя и или наркотиков, а высокое качество жизни без алкоголя и приема ПАВ.

Многие технологии внедряемые сотрудниками фонда НАН являются инновационными. А внедрение какой-либо инновации (создание реабилитационного пространства, внедрение реабилитационной модели лечения и в РФ является инновацией) невозможно в качестве одномоментного события реализованного посредством принятия какого-либо нормативно-правового акта. Необходима мета-технология: технология продвижения технологии. Технология продвижения технологии – это совокупность методов и приемов, направленных на внедрение и распространение инновации в оформленном виде определенного деятельного комплекса, обеспечивающего получение запланированного результата. Механизм внедрения состоит из трех взаимосвязанных элементов:

- Создание прецедентов, реализация пилотных проектов, разработка действующих моделей инновационных социальных технологий.
- Организация образовательных и просветительских процессов; создание обучающих программ, методических разработок, проведение конференций, семинаров, подготовка кадров.
- Разработка требуемых нормативно-правовых актов и содействие их принятию.

В 2010 году экспертами РБФ НАН совместно с Общественной палатой РФ и ведущими специалистами Московского научно-практического

центра наркологии была разработана концепция «Правовая наркология. Концепция реформы системы наркологической помощи». Возможность разработки Концепции основывалась на реальном опыте и понимании технологий профилактической и реабилитационной деятельности, что удалось сформулировать в трехтомнике «Профилактика зависимостей» (под общей редакцией О. В. Зыкова, 2010).⁷¹ Издание трехтомника создало условия к предметности данной дискуссии, предопределило конструктивность диалога с профессиональным сообществом и заявило практическую ценность этого диалога.

Концепция Правовой наркологии и трехтомник «Профилактика зависимостей» представлены на заседании Правительственной комиссии по профилактике правонарушений 15.12.2010 г. В соответствии с решением Комиссии (протокол № 4 от 15.12.2010 г.), текст Концепции направлен в регионы с целью получения обратной связи и создания условий к обсуждению реформы наркологической помощи в виде формирования региональных моделей. Поступили отзывы из 58 субъектов РФ, анализ которых показал, что тема реформы системы наркологической помощи весьма актуальна для органов исполнительной власти и наркологического сообщества регионов. В 62% всех присланных отзывов (36 регионов) весьма информативны, с подробным обсуждением всего спектра проблем, имеющих в данной сфере, а 39% (23 региона) отзывов содержали конкретные предложения тактического характера. В результате проделанной работы концепция была доработана с учетом результатов анализа всех отзывов субъектов РФ.

Концепция реформы наркологической помощи «Правовая наркология», была одобрена и рекомендована к использованию органам исполнительной власти субъектов РФ Правительственной комиссией по профилактике правонарушений (протокол № 4 от 28 декабря 2011 г.) и рекомендована для представления Правительству РФ.

Проект Концепции и блок материалов, которые в нее вошли, подготовленный профильными специалистами и представителями гражданского общества, 15 мая 2012 года от лица секретаря Общественной палаты РФ Е. П. Велихова, был направлен председателю правительства РФ Д. А. Медведеву. А 24 мая 2012 года министру здравоохранения В. И. Скворцовой была направлена рекомендация от Общественной палаты РФ – использовать данные материалы для реформирования нацио-

⁷¹ Трехтомник «Профилактика зависимостей» (под общей редакцией О. В. Зыкова, 2010) Режим доступа: <http://www.nan.ru/3tom/>. 21.06.2012

нального стандарта реабилитации больных наркологического профиля.

Под эгидой Общественной палаты РФ открыт институт «Наркологического здоровья нации» (НЗ Нации), начал работать сайт «Правовая наркология рф.» созданный, как площадка для общественной дискуссии по реформе наркологии, во исполнение решения Правительственной комиссии по профилактике правонарушений РФ (пункта 1.2.1 протокола № 4 от 28 декабря 2011 г.) и при финансовой поддержке Министерства экономического развития Российской Федерации.⁷²

Таким образом, мы видим пример того, как РБФ НАН как институт гражданского общества, осуществляет не только социальную, реабилитационную помощь и подготовку кадров, но и активно участвует в выработке нормативно-правовых актов на государственном уровне и содействует их принятию. Работа Российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» находится в тесной взаимосвязи с органами государственной власти. А сотрудники фонда осуществляют свою деятельность в сфере профилактики и предотвращения роста уровня социально-опасных заболеваний на основе единой стратегии, с использованием комплекса легитимных социальных технологий и оказывают помощь в решении проблем профилактики и реабилитации граждан, зависимых от алкоголя, наркотиков и азартных игр.

⁷² Сайт «Правовая наркология рф.» Режим доступа: <http://правовая-наркология.рф/>21.06.2012

Раздел II.

Первичное консультирование – дорога, ведущая в лечебную субкультуру.

Глава I.

Амбулаторные программы.

Автономов Д.А.

Центральной задачей повышения эффективности оказания наркологической помощи является формирование у лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, механизмов устойчивой мотивации на прекращение злоупотребления и сохранение трезвости через участие в лечебных и реабилитационных программах.

С 1995 года, функционирует организованный Фондом НАН информационно-справочный телефон по вопросам алкоголизма и наркомании 8 (499) 126-04-51, выполняющий задачи первичной информационно-мотивационной работы. Специалистами проводятся первичные консультации для зависимых лиц и их родственников. Дистантное консультирование и первичные консультации, осуществляемые сотрудниками, являются воротами в реабилитационное пространство и группы самопомощи.

С 1997 года в рамках проекта профилактики ВИЧ/СПИДа функционирует низкопороговая программа АнтиСПИД-НАН – проект «Ясень». «Ясень» создан с целью активного привлечения труднодоступных групп риска к посещению профилактических и реабилитационных служб и программ помощи. Первоочередной задачей проекта является мотивирование населения г. Москвы на обращение за медико-социальной помощью. Основопологающей целью программы «Ясень» является установление контакта с теми наркопотребителями, которые ранее или никогда не обращались за медико-социальной помощью и вообще не знают о ее существовании. Или не доверяют, боятся, не верят в ее эффективность и поэтому не желают обращаться за помощью.

С 2000 года работает амбулаторная реабилитационная программа «Спасательный круг», основанная на традициях «12-шаговой» модели выздоровления для лиц, зависимых от алкоголя, наркотиков и азартных игр, и ориентированная на достижение длительной ремиссии.

С 2002 года функционирует психокоррекционная программа реабилитации пациентов «Резонанс». Программа предназначена преимущественно для созависимых лиц. Проводится психокоррекционная работа

по реконструированию адаптивного пространства пациентов, подвергшихся влиянию травмирующей ситуации, связанной с химической или другой формой зависимости окружения. В данном подходе психокоррекционная работа по реабилитации и адаптации сочетается с использованием продукта анонимных сообществ «12-шагов» (шаги с 1 по 3-й), что делает возможным повышение эффекта вмешательств за счет опоры на специалистов и группу с одной стороны и поиск ресурсов и резерва внутри себя – с другой.

С 2007 года функционирует амбулаторная реабилитационная и психокоррекционная программа «Вне Игры». Это специализированная интенсивная программа предназначена для помощи лицам, страдающим от патологической склонности к участию в азартных играх. Данная программа направлена на помощь участникам в достижении устойчивой ремиссии (полного воздержания от участия в азартных играх), развития навыков совладания со стрессом и решения проблем. А так же на исследование, изменение и улучшение качества жизни в период поддержания ремиссии.

С 2007 года работает амбулаторная постреабилитационная программа «Спасательный круг Плюс». Она предназначена для оказания дополнительной поддержки клиентов в улучшении эмоционального и психологического состояния здоровья, а также улучшении их семейных и других межличностных отношений на стадиях раннего, среднего и последующего выздоровления. Формирования у клиентов способности эффективно и комфортно строить свою дальнейшую жизнь с учетом наличия у них хронического заболевания. «Спасательный Круг Плюс» предназначена для лиц, полностью прошедших курс базовой реабилитации в программе «Спасательный круг».

С 2009 года работает амбулаторная реабилитационная программа «Равновесие» для людей с пищевой зависимостью. Задачей программы «Равновесие» формирование устойчивой мотивации на здоровый образ жизни (физическое, духовное и душевное здоровье) и обретение навыков и знаний для решения проблем с пищевой зависимостью. Помощь пациентам в воздержании от компульсивного переедания и снижении веса. Программа создана как ответ со стороны зависимых от алкоголя, ПАВ и их родственников в виду того, что некоторые клиенты с устойчивой ремиссией и выздоровлением по программе «12-шагов» столкнулись с новой для себя проблемой компульсивного переедания.

С 2009 года работает амбулаторная постреабилитационная программа реабилитации «Резонанс плюс». Она предназначена для оказания дополнительной поддержки клиентов с проблемами созависимости, а также

с любого рода (химической и нехимической) зависимостью, прошедших первичный курс необходимых реабилитационных мероприятий, направленных на поддержание ремиссии, и обладающих необходимыми для этого навыками. Имеющих срок ремиссии не менее 3-х лет, а также прошедших программу «Резонанс» и находящихся в созависимых отношениях.

С 2010 года работает амбулаторная программа психосоциальной реабилитации пациентов «Отражение». Задачами программы является психокоррекция психосоциальной составляющей жизни пациентов, измененной вследствие влияния болезни (та или иная форма химической или не химической зависимости, созависимости). Данная программа, направлена на исследование, изменение, улучшение качества жизни в период поддержания ремиссии. Помощь в решении проблем адаптации, ресоциализации в старой среде и формировании нового круга общения, исследовании деструктивных форм реагирования. Улучшении функционирования в профессиональной сфере, повышении стрессоустойчивости и развитии навыков планирования и управления своей жизнью.

С 2011 года работает амбулаторная реабилитационная программа «Качество Жизни», использующая техники мотивационной и когнитивно-поведенческой психотерапии. Программа «Качество Жизни» направлена на помощь клиентам в сокращении потребления ими алкоголя, и имеющая цель – увеличение количества трезвых дней в году. Программа не требует для пациента полного и немедленного отказа от употребления алкоголя – отказ от употребления алкоголя или его значительное сокращение представляется как цель, и возможный благоприятный результат участия в программе реабилитации.

С 2012 года работает амбулаторная краткосрочная программа «Cito» предназначенная для консультативно-мотивационной работы с химически зависимыми, людьми имеющими низкую мотивацию на участие в пролонгированной реабилитации и/или пациентами, снимающимися с диспансерного и профилактического наблюдения. Специалисты программы «Cito» в сжатые сроки и доступной форме пытаются донести до пациентов достоверные и необходимые знания о наркологическом заболевании, его течении и основных факторах риска. Предоставляют информацию о мерах предосторожности необходимых для поддержания ремиссии.

Подобное внимание к амбулаторным программам объясняется, в том числе и тем, что накапливается все больше научных исследований результаты, которых последовательно демонстрируют, что менее интенсивные амбулаторные методы лечения алкогольной и наркотической

зависимости так же эффективны, как стационарное лечение и стационарные реабилитационные программы. Однако они сравнительно менее затратны и требуют меньше ресурсов.

Опыт РБФ НАН показывает необходимость дальнейшего формирования и тиражирования эффективных технологий профилактики алкоголизма, наркомании, игровой зависимости, оказания помощи родственникам и членам семей зависимых лиц и вовлечения профильных служб в процесс совершенствования системы наркологической помощи. Эффективная работа возможна во взаимодействии со структурами региональной и местной власти, социальных служб, телефонов доверия, комиссии по делам несовершеннолетних и т.д. Такое взаимодействие может открыть доступ к целевой аудитории, организационным, информационным и экспертным ресурсам властных структур и имеет целью совершенствование существующей системы наркологической, реабилитационной и социальной помощи.

Глава 2.

Этапы первичного консультирования.

От дистантного контакта к личной встрече.

Первым этапом на пути человека с наркологическими проблемами и его родственников и друзей к лечебной субкультуре – такой среде, где они смогут начать путь к конструктивному решению наркологических и личностных проблем, является информационно-справочный телефон.

Обращаясь за помощью через телефон, пациент с низким уровнем мотивации вступает в личный контакт с наркологической службой и получает информацию о методах выздоровления. Цель дистантного консультирования (по телефону) – предоставление комплексной информации о различных способах выздоровления при наркологических проблемах: неотложной помощи (детоксикации), амбулаторной и стационарной (в том числе реабилитации), о группах самопомощи (работающих по программе «12-шагов»).

Телефонное консультирование ограничено по времени и имеет три главные задачи:

- предоставление определенной информации по запросу клиента;
- оказание психологической поддержки;
- предложение воспользоваться очной помощью – записаться и прийти на прием (первичную консультацию) к специалисту по химической зависимости, семейному консультанту или клиническому (медицинскому) психологу.

Консультанты на телефоне стремятся создать доверительные личностные отношения с пациентом и одновременно усилить мотивацию на выздоровление. Ведут телефонный диалог специалисты – консультанты на телефоне. Они должны иметь профессиональную подготовку в области психологии, педагогики, законодательства, обладать высокой личностной культурой. Им приходится принимать решения в самых неожиданных ситуациях, быть оперативными, четко формулировать свои мысли и грамотно и доходчиво излагать их пациентам. И всегда быть благожелательными, открытыми к общению и компетентными. Человеку в кризисной ситуации нельзя отказать в диалоге, особенно человеку с наркологическими проблемами.

Очень важно, чтобы первое же обращение человека за помощью через телефон, сразу восстановило его утраченную надежду на выздоровление. Ведь это ускорит процесс его дальнейшего выздоровления.

Во время диалога консультант не вступает в спор, избегает критики, говорит простым языком, ясно и кратко. Главное – сохранить контакт, поддержать абонента и вселить надежду. Высокомерный и нравоучительный тон консультанта порождает скуку, злость и недоверие абонента. При отсылке к другим службам, консультант снова стремится не потерять контакт и не дать почувствовать человеку, что от него избавились. Консультирование должно быть логически завершенным. Предоставление специально подобранной информации о путях выздоровления – хорошее конструктивное завершение разговора. Ведь помимо выполнения информационных функций, телефонная консультационная служба имеет целью восстановление надежды у пациента. Консультант на телефоне, прежде всего, стремится достичь доверия, укрепляет позитивную мотивацию, надежду и сообщает специальную информацию на запрос позвонившего. Разговор строится на этической основе, с учетом права личности на собственное решение. Консультант не дает советов, стремится не предстать всезнающим экспертом, он помогает человеку самому осознать проблему, прекратить откладывать «на потом» и самому начать движение по пути ее решения. В положительном случае консультирование по телефону становится для новичка началом его пути к выздоровлению, который начинается с первичной консультации.

Глава 3.

Общие принципы консультирования наркозависимых с учетом уровня мотивации.⁷³

Как справедливо указывают М. Перре и У. Бауман, общая проблема для всех попавших в зависимость состоит в слабой мотивации к лечению. Мотивация при этом выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает:

1. желание начать лечение;
2. активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения и вплоть до его запланированного завершения;
3. стремление избежать рецидивов после окончания лечения.

В отличие от большинства психических расстройств, при которых клиент активно заинтересован в лечении, при злоупотреблениях психоактивными веществами выполнение трех вышеназванных аспектов крайне проблематично. Физическая зависимость и постоянная потребность ведут к сильному стремлению и далее принимать ставшее необходимым вещество, так что мотивация к изменению поведения незначительна. Лишь по прошествии многих лет, когда негативные последствия потребления постепенно становятся сильнее, чем позитивные, попавший в зависимость готов начать лечение. Множащиеся соматические заболевания, социальная изоляция из-за потери работы и круга знакомых, а также увеличение проблем с законом из-за употребления запрещенных веществ, и связанные с этим последствия, играют при этом большую роль.

Так как внешнее давление (прекращение преследования законом, приглушение болезненных симптомов) в первые недели лечения быстро уходит на второй план, и начинают снова доминировать воспоминания о положительных переживаниях в связи с приемом веществ, мотивация к продолжению и планомерному окончанию лечения начинает ослабевать. В каждом отдельном случае при составлении плана лечения должна тщательно анализироваться готовность к изменениям. Может быть, например, так, что клиент хотел вылечиться лишь от последствий своей болезни, но не был готов к изменению своего поведения, связанного с употреблением вещества. Другой, например, переживает первые негативные последствия приема веществ и начинает взвешивать все «за» и «против» их потребления. В таком случае было бы ошибкой настаивать

⁷³ Раздел подготовлен по книге М. Перре, У. Бауман. Клиническая психология. – СПб.: Изд-во «Питер», 2006. С. 1312.

вать на немедленной дезинтоксикации и проведении лечения до полной абстиненции. Первоочередной задачей в этих случаях должна стать всемерная поддержка клиентов в оценке создавшегося положения, в осознании всех негативных последствий дальнейшего потребления, а также позитивных долговременных последствий лечения. Прохазка и ДиКлемементе (Prochaska & DiClemente, 1986) в своем исследовании выделили множество фаз готовности к изменению.

Отсутствие наркотического влечения у закончившего терапию



Наличие наркотического влечения и неготовность к осмыслению проблемы

Попавший в зависимость, как правило, проходит по несколько раз эти циклы, так как у него неоднократно бывают рецидивы. С годами продолжительность рецидивов укорачивается, а фазы полной абстиненции – удлиняются. Для правильного планирования лечения очень важно учитывать результаты этого исследования; чтобы в каждом конкретном случае терапевтические мероприятия и мероприятия, повышающие мотивацию, соответствовали определенной фазе (Petru, 1993a).

Фазы готовности к изменению у попавших в зависимость от психоактивных веществ (Prochaska & DiClemente, 1992).

№	Фазы.	Терапевтические стратегии.
1	Отсутствие осознания проблемы: – отсутствие понимания; – отсутствие готовности к изменению;	– незначительные возможности терапевтического влияния; – влияние через факторы окружающей среды (например, потеря работы, преследование законом) и внутренние факторы (эмоциональные и физические нарушения);
2	Становление проблемы: – самонаблюдение; – взвешивание всех «за» и «против» относительно потребления наркотиков; – наблюдение за реакцией посторонних на собственное потребление наркотиков;	– содействие в самонаблюдении; – подчеркивание негативных последствий потребления наркотиков и положительных последствий отказа от них; – содействие в принятии решения; – становление терапевтического альянса; – договоренность об индивидуальных целях;
3	Начало лечения: – готовность к лечению;	– обучение навыкам и умениям, необходимым для ведения самостоятельного образа жизни без зависимости (например, релаксация, тренинг самоутверждения, навыки разрешения конфликтов); – планирование будущего (упорядочение жизни; распределение времени);
4	Поддержание лечебных целей: – готовность к поддержанию изменений;	– содействие в минимизации риска рецидивов (наблюдение и избегание критических ситуаций, тренинг навыков отказа); – навыки и умения для преодоления рецидивов;
5	Рецидивы: – длинные фазы нового злоупотребления или возникновение новой зависимости.	– незначительные возможности терапевтического влияния. 1

Глава 4.

«Проект Ясень» – как начальный этап мотивирования наркозависимых.

Максимовская А.А.

«Проект Ясень» функционирует в рамках системы профилактики ВИЧ/СПИДа и создан с целью активного привлечения труднодоступных групп риска к посещению профилактических и реабилитационных служб и программ помощи. «Проект Ясень» был создан для обеспече-

ния доступа представителей целевой группы к медицинским службам, осуществляющим профилактику, диагностику и лечение социально-значимых заболеваний. Работа специалистов проекта обеспечивает возможность оказания социальной помощи и помогает предотвратить распространение эпидемии ВИЧ-инфекции и других социально-значимых заболеваний путём проведения активной профилактической работы с наиболее уязвимыми группами населения в городе Москве.

Приоритетным направлением деятельности «Ясень» являются:

1. Информационно-профилактическая деятельность (кампании по профилактике ВИЧ/СПИД среди широких слоев населения).
2. Прямая профилактика ВИЧ/СПИД (непосредственная работа с целевыми группами).
3. Техническая поддержка ВИЧ/СПИД-сервисных организаций (обучающие/тренинговые программы).
4. Образовательно-просветительская деятельность (создание баз данных, библиотек и т. д.).
5. Поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.
6. Формирование политического, общественного или профессионального мнения (работа с лицами, принимающими решения, экспертами, журналистами, специалистами социальной сферы).
7. Исследовательская деятельность.

Первоочередной задачей проекта «Ясень» является мотивирование населения относящихся к группе риска на обращение за медико-социальной помощью. Основопологающей целью программы «Ясень» является установление контакта с теми наркопотребителями, которые ранее или никогда не обращались за медико-социальной помощью и вообще не знают о ее существовании, или не доверяют, боятся, не верят в ее эффективность и поэтому не хотят обращаться за помощью. Цель программы: обеспечение доступа к медицинской и социальной помощи потребителей наркотиков, профилактика социально значимых заболеваний и повторных правонарушений среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) на территории г. Москвы.

Задачи программы «Ясень»:

1. Проведение мотивационного консультирования среди потребителей инъекционных наркотиков, с целью изменения поведения и отказа в дальнейшем от действий, представляющих наибольший риск для здоровья и благополучия;
2. Обеспечение помощи в доступе к лечебно-профилактическим услугам для потребителей инъекционных наркотиков.

3. Содействие ранней диагностике и выявлению ВИЧ-инфекции и других социально опасных заболеваний, с целью снижения их распространения.

4. Профилактика правонарушений среди потребителей инъекционных наркотиков.

Для достижения заявленной цели была сформирована межведомственная команда специалистов, работающих по принципу «низкопороговой службы». Эта команда обеспечивает доступ представителям целевой группы к медицинским службам, осуществляющим профилактику, диагностику и лечение социально значимых заболеваний, а также к службам, оказывающим социальное сопровождение на территории г. Москвы.

Работа межведомственной команды включает в себя следующие компоненты:

- Анонимное и бесплатное тестирование на ВИЧ-инфекцию, с проведением до и после тестового консультирования.
- Оказание консультативной помощи со стороны врачей-наркологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, консультантов по вопросам химической зависимости и смежным проблемам (направления на консультацию, направление на госпитализацию, содействие в прохождении реабилитационной программы, консультирование социального окружения потребителей инъекционных наркотиков).
- Социальное сопровождение клиентов программы «Ясень» к соответствующим специалистам (в зависимости от потребностей и проблем клиента).
- Распространение информационных материалов среди клиентов программы «Ясень».
- Проведение консультаций для клиентов программы «Ясень» через телефон информационной поддержки 8 (495) 421–55–55.

Работа консультанта программы «Ясень» с клиентом включает в себя следующие компоненты:

- Выявление практик рискованного поведения с точки зрения инфицирования ВИЧ и другими социально опасными заболеваниями.
- Выявление знаний клиента о наличии у себя каких-либо заболеваний, связанных с употреблением наркотических и/психотропных веществ;
- Проведения опроса о физическом и психосоциальном статусе с заполнением анкеты (при условии согласия опрашиваемого лица);
- Предоставления информации об имеющихся службах профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также иных социально значимых заболеваний.

- Предоставление информации о службах оказания помощи лицам, употребляющим наркотические и/или психотропные вещества без назначения врача.
- Информирование о группах самопомощи, социальной реабилитации и иных услугах на базе общественных организаций;
- Мотивирование ПИН на обращение за услугами в медико-социальные службы.

Одним из компонентов в работе программы является организация уличной профилактической работы, силами межведомственной команды специалистов, на территории ЮЗАО г. Москвы с целью привлечения труднодоступных групп риска к посещению профилактических и реабилитационных служб. Данная деятельность проводится в утреннее и вечернее время на территории ЮЗАО г. Москвы. Для эффективной и безопасной работы было предусмотрено, что консультанты будут работать в паре, в заранее оговоренных местах, согласно графику. Консультантам программы «Ясень» был обеспечен пакет документов, а именно: наличие удостоверения сотрудника и ксерокопия паспорта, ксерокопия согласования данной деятельности с представителями властных структур на территории ЮЗАО г. Москвы.

Глава 5. Первичное консультирование, проводимое консультантом по химической зависимости.

Ларина О.В.

Первичное консультирование, проводимое консультантом по химической зависимости, предназначено в первую очередь для тех клиентов, которые после обращения на наркологический телефон доверия сознательно хотят получить более полную информацию о способах и возможностях выздоровления.

Первичная консультация является важным этапом в реабилитационном процессе, поскольку, именно во время первой встречи пациенту предоставляется информация о формах и возможностях помощи. Клиент в свою очередь, имеет возможность принять решение о прохождении реабилитации и этим инвестировать в собственное выздоровление. Первичный прием ведут медицинские психологи и консультанты по зависимостям (химической, игровой и созависимости).

Консультант – это человек, имеющий собственный опыт заболевания и выздоровления, находящийся в устойчивой ремиссии и имеющий специальное образование. Существует мнение, что консультация прово-

димая консультантом может быть более успешна, поскольку позволяет создать ситуацию большего доверия к предоставляемой информации с опорой на собственный опыт. Однако, как показывает практика, в подавляющем большинстве случаев, упоминание о собственном аддиктивном опыте используется консультантом крайне редко. Действительно существует небольшая группа клиентов, для которых вопрос личного опыта специалиста является существенным, но это очень небольшой процент среди обратившихся за помощью.

Кроме того, существует небольшая группа зависимых от наркотиков клиентов, которые выражают себя с помощью специфического сленга. Специалисту на первичной консультации настаивать на ином способе представления себя клиентом бессмысленно, поэтому собственный опыт аддикции имеет практический смысл для понимания описываемой клиентом картины, что так же способствует установлению контакта.

За консультацией обращаются как сами зависимые, так и их близкие и, несмотря на разницу жалоб, и запросов консультация строится по единым принципам.

На наш взгляд существует несколько основных задач первичной консультации, заключающиеся в следующем: межличностная, информационная и мотивационная.

Межличностная.

В данной задаче представляется необходимым установление контакта консультанта с клиентом. Для выполнения этой задачи важна искренняя заинтересованность консультанта. Наряду с этим, ничто так не способствует самораскрытию клиента, как безусловное положительное отношение и эмпатия консультанта. Безусловное положительное отношение подразумевает безоценочное принятие жизненного опыта и субъективных переживаний клиента, а также проявление теплоты и заботы. Эмпатия же обеспечивает клиента уникальным опытом эмоционального резонанса и совместного исследования того, как он переживает свою жизненную ситуацию.

Мотивационная.

В мотивационном плане задача состоит в том, чтобы донесение в корректной форме до клиента необходимости принятия ответственности за свою жизнь и за то, что с ним происходит. Это относится в равной мере как к самим зависимым, так и к их близким. В русском языке, традиционно под «ответственностью» понимается вклад человека в конкретную ситуацию и часто является синонимом слова «вина». Однако, если обратить внимание на этимологию слова «ответственность» оно

происходит от английского «responsibility», то мы увидим другое значение данного термина, поскольку словосочетание response + ability можно перевести, как способность отвечать и в первую очередь внешнему миру, той реальности, которая нас окружает и в контакте, с которой мы находимся. Как сказано в книге Анонимные алкоголики – «безумие от одних и тех же действий, ожидать разных результатов». Поэтому, на консультации важно донести до клиента необходимость изменения собственных действий, и поскольку собственными силами, опираясь на силу воли и уже имеющиеся знания, изменить ситуацию не удалось, то имеет смысл прибегнуть к помощи извне.

Информационная.

Информационная задача включает в себя донесение до клиента некоторого объема необходимой информации. Зависимость является заболеванием, имеющим хроническое течение и требующее серьезной психологической работы. Созависимость так же является устойчивой формой разрушительного поведения и так же требует внимательного к себе отношения и серьезной психокоррекционной работы.

Начало консультации.

Знакомство и установление контакта, вовлечение клиента в рассказ о том, что его привело на консультацию и прояснение его переживаний. Эта часть консультации занимает достаточно много времени и характеризуется, как правило, активным слушанием и уточняющими вопросами консультанта, и соответственно рассказом клиента. Важно прояснение уровня мотивации, ожиданий и причин прихода именно сейчас, предыдущего опыта обращения за помощью к специалистам, лечения, если таковое имело место и об их результатах. В зависимости от собранной информации и выводов, сделанных консультантом, выстраивается дальнейшая структура разговора и расстановка акцентов.

Середина консультации.

Прояснение ситуации, уровня мотивации клиента на изменения, прояснение ожиданий клиента от консультации, предоставление обратной связи и необходимой информации включая предоставление объективной информации о зависимости – как о заболевании. Исследование вместе с клиентом наличия у него симптомов и признаков заболевания в его личной истории, путем сопоставления фактов, изложенных им с предоставленной информацией.

Завершение консультации.

Для завершения консультации следует выделять некоторое время, поскольку завершение так же является важным этапом консультативно-

го процесса и имеет несколько задач. Важными задачами завершающей фазы консультации является подведение итогов консультации, проявление актуального состояния клиента, обсуждение следующего шага необходимого для выхода сложившейся ситуации, готовности или не готовности принять участие в одной из реабилитационных программ или необходимости обдумать полученную информацию и принять решение позже.

Кроме того, некоторое время также бывает необходимо для завершения процесса переживания. Если в ходе рассказа клиента появляется важный материал и происходит выражение связанных с ним чувств, целью конечной фазы консультации становится облегчение эмоционального отреагирования и его завершение к концу беседы.

Завершающий этап – это также время для предоставления профессиональных рекомендаций. О формах, способах и возможностях реабилитации, о существующих реабилитационных программах, как для зависимых, так и для их близких.

Важно предоставить информацию о группах самопомощи Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов, Анонимных Игроков, групп для родственников Ал-Анон, Нар-Анон, И-Анон. Информирование клиента о доступных ему возможностях и проработка опасений по поводу обращения к тому или иному виду помощи – это ещё одна из задач конечного этапа первичной консультации.

В целом первичная консультация должна предоставлять пациенту основания для решения, прохождения курса реабилитации или отказа, с осознанием собственной ответственности за принимаемое решение. Кроме того, консультанту по химической зависимости важно дать понять пациенту, что вне зависимости от его решения о прохождении реабилитации на сегодняшний день, он всегда может обратиться за помощью, когда будет готов ее принять.

В завершении хотелось бы отметить важный аспект, на который следует обратить внимание. Для консультанта, работающего с аддиктивными клиентами, необходимо помнить о специфике построения ими межличностных контактов и склонности к разыгрыванию игры «Алкоголик» описанной Берном или «треугольника Карпмана» (Жертва, Преследователь, Спасатель). Поэтому для консультанта крайне важно оставаться внимательным к себе и своим реакциям во избежание повторения привычного, но крайне деструктивного для клиента сценария поведения.

Глава 6.

Первичное консультирование родственников зависимых пациентов, проводимое семейным консультантом.

Тумольская Е.А.

Поговорим о том, что важно иметь в виду, когда на первичной консультации человек созависимый, другими словами тот, в окружении которого есть химически зависимые люди. Чаще всего такие клиенты озабочены состоянием зависимого. Это понятно и очень логично: если рядом близкий и дорогой человек не может контролировать себя из-за употребления веществ, изменяющих сознание, не может оценить степень саморазрушения и остановить этот процесс, то у окружающих растет беспокойство по этому поводу. Возникает естественное желание предотвратить пагубные последствия для зависимого. Кроме этого, нередко случаи, когда проявления и особенности заболевания угрожают не только качеству жизни окружения, но и собственно их существованию. Рассмотрим вопросы, с которыми чаще всего приходится иметь дело на первичном приеме.

«Как общаться с зависимым? Как донести до его сознания, что такое употребление уже серьезная проблема и необходимо предпринимать какие-то меры, чтобы остановить процесс разрушения?» Все, что созависимые пробовали раньше, не приводит ни к каким результатам. Уговаривали, разъясняли, умоляли, упрекали, угрожали и т. д. Были мягкими, понимающими, прощающими, наоборот – жесткими, резкими, холодными, или вовсе нейтральными. Результат во всех случаях был один и тот же. Употребление продолжается. Отношения портятся. Контакта нет. Многие уже ощущают состояние близкое к бессилию.

В таких случаях акцент стоит сделать на том опыте, о котором они рассказывают, и подтвердить их догадку, что контролировать извне, т. е. самим созависимым, процесс развития зависимости не представляется возможным. Тем более, когда сам зависимый не признает наличие проблемы и не обращается за помощью.

Тогда встает другой вопрос: «опустить руки и молча смотреть, как прогрессирует заболевание?» Если признать бессилие в решении такой задачи, то по логике ничего другого не остается, как не вмешиваться в течение болезни. Многих при этой мысли охватывает страх и отчаяние. Страх, что бездействие приведет к печальным результатам, отчаяние от того, что далеко не все в жизни зависит от собственных усилий и предпринятых действий. Здесь необходимо оказать поддержку и вернуть ощущение способности в некоторой степени влиять на происходящее. При этом

помочь увидеть бесперспективность одержимости проблемой другого человека, обратить внимание на их собственное состояние и положение дел и направить усилия на то, в чем они могут добиться положительного результата, а именно устройство и налаживание собственной жизни, которая к этому времени оказывается в плачевном состоянии.

Часто здесь возникает вопрос, связанный с тем, что «как я могу заниматься устройством собственной жизни, когда мой близкий в беде? И пока я буду это делать, дорогой мне человек может погибнуть». «Я уехала на дачу, а он напился, ему была нужна моя помощь, а меня не было рядом; я пошла в театр, а к ней пришли ее дружки-наркоманы» и т. д. Все это действительно имеет место.

И тогда, следует говорить о выборе, который у них есть: принести себя в жертву и жизнь свою положить на алтарь болезни, что может привести к их собственной болезни или преждевременной кончине, и кроме этого – массу гнева и разочарований, либо – отдать ответственность за жизнь зависимого в его собственные руки, заниматься собственной жизнью и дать понять близкому, что помочь ему вы готовы только, если он решит выздоравливать. Во втором случае куда больше шансов у зависимого обратиться за помощью. Во-первых, в такой позиции со-зависимый не критикует, не обвиняет, не поучает, как надо поступать, не оскорбляет. Во-вторых, честно и прямо высказывает свою позицию по отношению к употреблению. А это позволяет зависимому ослабить защиты и тоже быть более честным и открытым, что является одним из гарантов начала выздоровления.

Следующий за этими осознаниями вопрос на консультации, как правило, звучит следующим образом: «как мне выдержать такую позицию и где найти нужные слова? Что делать с гневом и раздражением, страхом и виной? Когда они владеют мной, я не могу контролировать себя и делаю часто то, о чем потом сильно жалею».

И здесь вполне уместна информация о том, где можно получить такого рода помощь. Самым доступным являются группы самопомощи Ал-Анон, Нар-Анон, группы родственников игроков и тому подобные сообщества. Во-первых, их достаточное количество в Москве и можно практически в любое время получить там помощь, во-вторых, это опыт многолетней практики использования в жизни принципов «12-шаговой» программы, которые помогают изменить собственное состояние. Ну и, в-третьих, это возможность какие-то принципы осваивать уже на самих собраниях. Ведь одним из них весьма важным является правило на собраниях не давать оценок, не критиковать членов группы, а да-

вать поддержку другим и быть по возможности открытым и честным перед собой и другими. Конечно же, мы предлагаем нашим посетителям и другой вид помощи, который оказывают наши специалисты. В частности, это амбулаторная реабилитационная программа «Резонанс».

Это краткое описание рядовой первичной консультации с созависимыми посетителями. Бывают ситуации, когда пришедший человек настолько огорчен, озадачен, настолько погружен в страх и тревогу, и при этом не имеет возможности говорить об этом с другими, испытывая стыд и встречая непонимание со стороны окружения, что консультация превращается в иступленный монолог. Думаю, это также дает терапевтический эффект, потому что, только освободившись от этого груза, человек в состоянии услышать и воспринять ту информацию, которую мы даем. В таких случаях мы предлагаем повторную консультацию и предлагаем приготовить к ней список вопросов.

Конечно, мы говорим о том, какую помощь могут получить сами зависимые у нас, в стационарах и на группах самопомощи для зависимых; на что мы опираемся, когда разрабатываем наши реабилитационные программы; как проходят занятия и каких принципов мы придерживаемся в нашей деятельности. И самые главные из них, на мой взгляд, это непредвзятость, уважение, сочувствие и честность.

Глава 7. Первичное консультирование пациентов, зависимых от участия в азартных играх, проводимое медицинским психологом.

1.1 Часть первая, начальный этап диагностического и оценочного интервью.

Автономов Д.А.

Задачи консультации.

Функциями и задачами медицинского психолога являются: самостоятельное осуществление приема пациентов, проведение необходимых психодиагностических, психокоррекционных, реабилитационных и психопрофилактических мероприятий. Опыт проведения первичного диагностического и мотивационного интервью был получен в процессе работы в Центре лечения и профилактики игровой зависимости и программы реабилитации «Вне Игры» [1].

Наша практика показывает, что в большинстве случаев пациенты, страдающие от патологической склонности к азартным играм, не осознают серьезность своих проблем и тяжесть имеющейся у них психопато-

логии. Они избегают контактов с врачами и не ищут помощи у психиатра. Испытывая страх и недоверие, они в большей степени готовы пойти на контакт с медицинским психологом, чем с врачом в рамках анонимного амбулаторного приема. Мы полагаем, что такая встреча является первым шагом на пути, ведущем к осознанию игроками своих трудностей, истинных причин их возникновения и получения квалифицированной помощи.

Патологическая склонность к азартным играм является новой и в целом недостаточно разработанной проблемой российской психиатрии и наркологии [3]. Известно, что у игроков намного чаще, чем в популяции встречаются различные психические заболевания (аффективные и тревожные расстройства, симптомы химической зависимости, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), признаки синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (в анамнезе) и различные расстройства личности [10–14]. Данные пациенты имеют выраженную тенденцию совершать противоправные действия с целью дальнейшего финансирования своего участия в играх [15]. К тому же, у лиц зависимых от игры высок риск совершения суицидальных попыток [13, 16]. По-видимому, формирование зависимости от игр для некоторых субъектов явилось своеобразным тестом, выявившим их преморбидную уязвимость.

Обусловленное расстройством влечений поведение пациентов представляет угрозу для них самих, их семей и для общества в целом. В связи с этим необходима своевременная диагностика, как основного, так и сопутствующего расстройства (расстройств), преодоление пессимизма и сопротивления, усиление мотивации на получение эффективной и результативной помощи. Первичное мотивационное интервью, проводимое клиническим психологом, может помочь пациенту осознать наличие болезненного расстройства, помочь ему сформировать мотивацию к дальнейшему лечению и изменению своего проблемного поведения.

Мы исходим из гипотезы, что мотивация пациента (а не его родственников, коллег и/или самого клинического психолога) является принципиально важным и решающим условием для получения им результативной и эффективной помощи.

Таким образом, задачами первичной консультации является:

- 1. Выявление жалоб и прояснение субъективной оценки клиентом своего состояния.
- 2. Диагностика у клиента наличия признаков патологической склонности к азартным играм.

- 3. Сбор информации о личной жизни, прояснение семейного и социального анамнеза.
 - 4. Сбор психиатрического анамнеза с особым акцентом на диагностику сопутствующей психической патологии и личностных расстройств.
 - 5. Сбор наркологического анамнеза.
 - 6. Оценка антисоциальной активности и суицидального риска.
 - 7. Оценка размаха и масштаба текущего кризиса, заставившего клиента обратиться за помощью.
 - 8. Оценка последствий (межличностных, финансовых, социальных, юридических и т. д.); потеря, вызовов и актуальных угроз, нависших над клиентом.
 - 9. Выявление ожиданий от встречи, оценка мотивации к изменению проблемного поведения.
 - 10. Проведение мотивационной интервенции.
 - 11. Заключение психотерапевтического контракта и/или обсуждение дальнейших шагов клиента для получения им результативной помощи.
- Вступление.*

Первый контакт обычно происходит двумя способами – клиент обращается «самостоятельно» непосредственно в лечебное учреждение или предварительно звонит и договаривается о встрече по телефону. Телефонный звонок может принять сотрудник, работающий на телефоне «горячей линии» или в регистратуре и сообщить время и порядок приема у специалиста.

Если к телефону подходит психолог, то во время разговора, клиент получает возможность заявить о своей проблеме и задать интересующие его вопросы. Психолог может в свою очередь подтвердить свою готовность оказать помощь и предложить клиенту прийти на очную консультацию. Специалист сообщает адрес, удобный способ добраться до места встречи, продолжительность выделенного на консультацию времени.

Психологу следует избегать длинных разговоров. Разговор должен быть кратким, внятным, недвусмысленным и по существу. Разумеется, не следует давать нереалистические обещания или какие-либо гарантии.

Очень важный момент: на основании нашего опыта консультирования игроков только каждый второй из записавшихся на прием клиентов приходит на первую встречу со специалистом. Мы обратили внимание на следующий факт – чем больше времени проходит с момента записи, тем меньше вероятность того, что игрок придет на встречу с психологом.

Как правило, клиенты, позвонившие по телефону, выражают намерение приехать на консультацию немедленно или готовы ждать своей

очереди не более полутора – двух часов. Многие из них бывают очень разочарованы тем, что они не могут «прийти и поговорить» в любое удобное для них время. Необходимость считаться с реальностью («Реально то, что оказывает сопротивление» [9]), встречаться с фрустрацией, для многих из них просто невыносима. Некоторые из игроков совершенно искренне полагают, что специалист априорно рад встречи с ними и нетерпеливо ждет их появления в своем кабинете. А раз они все-таки соизволили нанести ему визит, то он (психолог или врач) должен «войти в их положение» и «пойти им на встречу». Иногда для пущей убедительности, игрок, намеревающийся прийти на консультацию, уже по телефону, с самого начала пытается манипулировать специалистом добиваясь удобного для него времени, говоря о «чрезвычайно срочной необходимости встречи» или о её «особой важности» для его дальнейшей судьбы. Зачастую ссылаясь на то, что в другое время он, дескать «очень занят».

Мы считаем, что не следует пассивно идти на поводу у клиентов. Если у специалиста есть возможность принять игрока в тот временной промежуток, когда он это сделать может – то эту возможность следует использовать. Если такой возможности нет, то не стоит идти на компромиссы и искусственно выискивать дополнительные возможности. Не следует отменять или переносить других заранее записанных клиентов ради впервые позвонившего первичного клиента.

Иногда, некоторые не очень опытные специалисты, «ведутся» на аргументы игроков и их настойчивые просьбы «сделать для них исключение и т. д.». Однако, результат подобной политики оставляет желать лучшего. «Выкроив время» и «пойдя на встречу» для такого клиента, получив от него встречные заверения о том, что он «уже едет» и «сейчас будет» специалист может впустую прождать все время, а клиент так и не дойдет до порога консультационного кабинета. Психолог, сам того не желая, оказывается одним из тех многих людей из окружения игрока, которые руководствуясь сами добрыми намерениями и искренне желая им помочь, были по факту, введены в заблуждение и обмануты.

Безусловно, согласно нашему опыту, если клиент хочет прийти на консультацию вскоре после телефонного звонка, то это повышает шансы того, что он не передумает и все-таки дойдет до специалиста. Однако это отнюдь не гарантирует то, что он придет, даже если по телефону игрок клялся, что «не применено будет» и «обязательно приедет» и т. д.

Также необходимо знать, что зачастую клиенты, позвонившие чтобы договориться о времени приема, находятся в остром кризисе после очередного игрового срыва и крупного проигрыша или находятся под

сильным давлением третьих лиц. Некоторые игроки звонят, выйдя прямо из казино и их эмоциональное состояние не стабильно, а поведение в высшей степени импульсивно.

Специалисту необходимо знать, что некоторые игроки записываются на консультацию с целью «подстелить себе соломку» – только для того чтобы, потом рассказать своим родным, коллегам или начальству, что они «взялись за голову» и уже «ходили лечиться» и т.д. То есть, только для того, чтобы продемонстрировать «серьезность» своих намерений и нейтрализовать встречные требования третьих лиц – наконец-то начать лечиться и обратиться за помощью к психологу или врачу.

Бывает так, что игрок настаивает на срочной необходимости встречи, а психолог не может принять его в то время, на которое он рассчитывал. Психологу перед предложением альтернативного времени приема зачастую бывает полезно спросить у игрока по телефону: «Сколько времени существует проблема, из-за которой Вы хотите получить помощь?» Обычно, отвечая на этот вопрос, игроки говорят, что проблема существует несколько лет, а иногда и целое десятилетие. Психолог может сказать в ответ приблизительно следующее: «Если я Вас правильно понял, проблема с азартными играми существует у Вас уже целых столько-то лет. Что Вы думаете насчет того, чтобы встретиться и обсудить то, что Вас беспокоит завтра во столько-то?» Благодаря такой постановке вопроса, клиент, захваченный идеей под названием – «надо срочно что-то делать», получает возможность более спокойно и адекватно взглянуть на свою ситуацию. В идеале, при помощи специалиста, игрок может понять, что для проблемы, существующей в течение многих лет и один – два дня нечего не решают. А также осознать тот факт, что он, прекрасно зная о существовании у него проблемы с азартными играми на протяжении длительного времени, не предпринял ни малейших усилий для её решения.

Мы также заметили, что если клиент записался на утренние часы вероятность того, что он придёт на консультацию по нашей статистике составляет около 10%. Многие клиенты перезаписываются повторно через некоторое время (от нескольких дней до полугода) и затем опять не приходят на консультацию. Такие действия (и последующие бездействия) могут осуществляться несколько раз, прежде чем клиент переступит порог консультационного кабинета.

Из всех пришедших на первую встречу, примерно каждый второй игрок, опаздывает на нее. Время опоздания колеблется в интервале от 5 до 30 минут. Причем, большинство опоздавших уверены, что время консультации, будет для них продлено. Так как они, (игроки) разумеет-

ся, опоздали не по своей вине, а во всем виноваты дорожные пробки, сотрудники ГИБДД, неожиданно возникшие трудности нахождения места встречи (к слову игровые клубы, в том числе нелегальные, клиент находит без проблем) и прочие обстоятельства «непреодолимой силы».

Начало консультации.

Первым этапом консультирования клиентов, обратившихся из-за проблем с азартными играми, является знакомство и установление границ [4, 5, 7]. Специалист приглашает клиента пройти в кабинет и указывает на кресло, где он может расположиться. Далее психолог представляется сам и спрашивает у клиента о том, как он хочет, чтобы его называли, напоминая, что сведения, которые он получит, не будут разглашены и являются конфиденциальными.

Представляясь, большинство игроков, называют свое настоящее имя. Разумеется, к пациенту следует обращаться на «Вы» даже если он говорит о том, что к нему можно обращаться на «Ты». Специалисту следует избегать не уместного панибратства и соблюдать разумную дистанцию.

Установление границ при работе с патологическими азартными игроками чрезвычайно важно. Игрок – это человек без четких границ и он пытается организовать свою жизнь привычным для себя образом. Если у человека нет границ, то он неизбежно будет нарушать границы других людей. Психолог должен установить ясные пространственные (расположение в кабинете, дистанция) и временные границы встречи, ясно говоря, сколько времени есть в его распоряжении. Рекомендованное время первичной консультации составляет 90 минут. Если клиент опоздал, то ему сообщается, что время его консультации будет сокращено на соответствующие его опозданиям минуты. Ответственность специалиста заключается в том, чтобы его слова соответствовали его поступкам. Психолог должен планировать беседу с учетом реально оставшегося времени и завершить ее в установленный заранее срок. Мы считаем, что лучше назначить новое время для дополнительной, повторной консультации, чем выходить за рамки заранее оговоренного и отведенного времени.

Вот наиболее характерные ошибочные ожидания, намерения, подходы, действия, бездействия и заблуждения, которым может быть подвержен специалист:

1. Психолог демонстрирует свою радость и удовлетворение только из-за того, что пациент пришел к нему на консультацию.
2. Психолог очень хочет понравиться пациенту и расположить его к себе.

3. Психолог ожидает, что пациент пришел по собственной воле, высоко мотивирован и готов к изменениям.

4. Психолог боится обидеть или как-то задеть пациента. Психолог считает, что пациент (зачастую бывавший в таких жизненных переделках, каковые психолог не может себе и вообразить) хрупок, как стеклянная елочная игрушка, и что он психолог, может своими вопросами как-то ему повредить.

5. Психолог пассивно идет на поводу у пациента.

6. Психолог пытается неискренне подбодрить и обнадежить пациента. (Фразы: «Не отчаиваетесь!» или «Все будет хорошо!» банальны и неуместны.)

7. Психолог пытается активно утешать и умиротворять пациента, сглаживать «острые углы».

8. Психолог пытается давать преждевременные советы пациенту под видом рекомендаций.

9. Психолог избегает активной конфронтации с враждебностью и самодеструктивностью пациента.

10. Психолог позволяет себе вслед за пациентом смеяться (так называемый «Смех висельника») когда клиент, смеясь и улыбаясь, с радостным выражением лица, рассказывает о том, какие беды, потери и несчастья выпали на его долю.

Примечание. Если психолог не смог сдержаться (иногда это действительно сложно сделать) и смеялся вместе с пациентом, то в этом случае психолог может сказать: «Я беру назад свой смех и приношу Вам свое извинение; то, что Вы рассказали мне, не было для Вас в тот момент смешным». Если специалист видит, что пациент пытается соблазнить его на то, чтобы он посмеялся вместе с ним, над его страданиями, то психолог может императивно заявить: «Для Вас это было не смешно! Я не буду смеяться над Вашей бедой!»

11. Психолог избегает задавать неловкие вопросы, даже если чувствует, что ответы на них для него важны.

12. Психолог соглашается с тем, что главная проблема пациента – финансово-долговая.

13. Психолог, искренне изумившись, услышав рассказ пациента о величине его долгов и/или о проигранных суммах, начинает выступать в роли финансового советника или юриста.

14. Психолог соглашается с версией пациента относительно его мотивов, заключающейся в том, что он (пациент) играет в азартные игры, чтобы расплатиться с долгами.

15. Психолог разделяет уверенность пациента о том, что все его проблемы будут решены в случае погашения всех долгов.

16. Психолог соглашается с версией пациента о том, что когда у него отсутствуют денежные средства, он функционирует адекватно психически и эмоционально и у него отсутствуют какие-либо признаки расстройства.

17. Психолог отказывается выражать свое сомнение и недоверие пациенту, даже, когда явно чувствует, что ему недоговаривают, грубо искажают факты и их значение, лгут и откровенно вводят в заблуждение.

18. Психолог пассивен, отказывается от своей власти и позволяет пациенту руководить процессом консультирования.

19. Психолог позволяет пациенту определять время окончания сессии. (У психолога есть исключительное право определять время окончания сессии. Пациент начинает сессию фактом своего прихода в консультационный кабинет. А специалист завершает сессию актом своей воли).

Подобные ожидания, действия и бездействия являются в большинстве случаев откровенно антитерапевтическими и не приносящими никакой пользы. Удивляет лишь то, насколько широко и часто некоторые психологи используют подобные подходы при консультировании. Пациент в этом случае, может воспринять консультанта как еще одного простака, которого он одурачил и обвёл вокруг пальца, не стоящего ни его внимания, ни его времени.

Для патологических игроков в целом характерна пассивная позиция относительно собственного выздоровления. Многие игроки занимают пассивно-высокомерную позицию по отношению к психологу или врачу. Типичное их послание без слов: «Ну, вот я пришел, давайте лечите меня». Визит к специалисту по поводу лечения зависимости воспринимается многим на манер посещения врача-стоматолога. Игроки зачастую полагают, что достаточно зайти, сесть в кресло и – все остальное специалист сделает сам. Отсюда проистекает частота запросов и просьб, загипнотизировать их, применить воспитательные и запретительные меры, «дать верные установки», «внушить идеи о вреде игры» и т. д. В анамнезе у таких игроков зачастую есть истории обращения за помощью к экстрасенсам, бабкам-гадалкам, знахаркам. Некоторые пытались лечиться заговорами, снимали порчу, сглаз и/или прибегали к методам «плацебо-опосредованной суггестии» осуществляемыми врачами-наркологами под названием: «кодирование», «25 кадр» и т. д. Эффект от подобных процедур (представляемых собой по сути «исцеление переносом» [7]) обычно краткосрочен и нестойко, что однако, не мешает пациентам жа-

ждать его повторения. Такие методы лечения выгодны обеим сторонам, ибо одна сторона (врачи) легко зарабатывает деньги, а вторая сторона – пациенты получают своеобразную «индугенцию» для продолжения игры, следуя логике: «Я хотел бросить играть («Я – хороший») – Я лечился у специалиста – Я пошел в казино, чтобы проверить эффективность лечения – Оказалось, что меня плохо лечили! – Поэтому я снова играю» («Я не виноват»).

Игроки прячут от самих себя свое наслаждение, получаемое в игре, и пытаются убедить себя и психолога в том, что они играют лишь исключительно ради денег и выигрыша. Особенно трогательно из уст игроков звучат истории о том, что они, дескать, играют лишь ради того, чтобы «отыграться», то есть вернуть себе назад свои же потраченные ранее на игру деньги. Не дай бог, что их заподозрят в алчности, жадности, стяжательстве и желании обогатиться за чужой счет! Они пытаются выставить себя как людей, имеющих исключительно финансово-долговые проблемы, вроде обманутых вкладчиков разорившегося банка или лиц, пострадавших по вине мошенников.

На основании нашего опыта работы мы полагаем, что начальной точкой понимания проблем патологических игроков является тезис, что пациенты играют не ради денег. Деньги являются «входным билетом», пропуском в мир удовольствия и способом хоть как-то его соизмерить. Мы полагаем, что патологические игроки играют ради удовольствия и снятия напряжения [2, 13]. Предвкушение азарта, удовольствие от стремления к удовольствию от игры, азартная игра, игровой процесс для патологических игроков сам по себе становится (является) формой и источником получения наслаждения.

Игрок привык взаимодействовать с окружающими посредством лжи, давления, манипуляций и подхалимства. Соответственно, он практически неизбежно воспроизведет свое привычное обращение с другими людьми на сессии и с психологом. Его поведение в консультационном кабинете может простирается от вербальной агрессии (за которой прячется страх и уязвимость) до самоуничтожения с взыванием о спасении (за которым стоит надменность, высокомерие и отвержение любой реальной помощи).

Специалисту следует понимать, что он всегда, будучи в контакте с игроком находится между Сциллой профессиональной позиции (которую пациент может воспринять как жесткую, отвергающую или безразличную) и Харибдой человеческой эмпатии (которую пациент может воспринять как слабость и неуместное «спасательство»). Психолог должен

обладать знанием и умело балансировать между этими двумя крайностями.

Далее, после знакомства, установления ясных временных и пространственных границ, психолог предлагает пациенту в свободной форме рассказать о причине своего обращения [4–6].

Вопрос, обращенный к пациенту, может звучать приблизительно следующим образом:

- Что привело Вас на консультацию?
- Расскажите мне о проблеме, приведшей Вас на консультацию?
- Какова цель Вашего визита ко мне?
- Чья эта была идея обратиться к нам (ко мне) за помощью?»

Первая часть беседы представляет собой активное слушание и наблюдение за пациентом. Задача специалиста помочь пациенту высказать в свободной форме все то, что он может и хочет сказать. Следует избегать наводящих вопросов или торопить пациента, ему дается возможность самостоятельно организовать коммуникацию со специалистом тем способом и с той скоростью, на которую он способен. Во время такой речи специалист может отследить и оценить способность пациента вспоминать, мыслить, понимать и анализировать [5, 6].

Обычно первичная диагностика патологической склонности к азартным играм не вызывает затруднений у специалиста. Для самих пациентов их формальный диагноз во многих случаях также не представляет загадку. Между осознанием проблемы и первым обращением к специалисту, согласно нашим наблюдениям, проходит несколько лет. За это время, пациент многократно убеждается в наличии у него проблемы. Некоторые пациенты, войдя в кабинет, с порога заявляют, что у них, дескать «игромания». Проблема тут вот в чем: абсолютное большинство пациентов знающих, что у них «игромания» не знают, что игромания – это психическое заболевание (расстройство влечений). Большинство пациентов, признавая у себя наличие «игромании», считают ее пороком, моральным дефектом и проявлением их глубокой ущербности. Даже те пациенты, которые знакомы с «12-шаговой» программой выздоровления, ходившие на группу «Анонимных Игроков» и слышавшие о том, что игромания это заболевание, в глубине души по-прежнему, считают себя ущербными, порочными и преступными. Воспринимая то, что с ними происходит через призму морали и этики, они неизбежно оказываются в тупике.

Используя моральную парадигму, пациенты принимают на себя роль грешника и преступника. Преступник – это свободный человек, являющийся автором своих поступков, полностью ответственный за свои

действия и совершающий их по своей злой воле. Моральная парадигма – это парадигма греха и наказания (искупления). Игромания, согласно этой парадигме – это грех, и игроки согласно моральной парадигме – это порочные натуры, которые в состоянии контролировать свое поведение, но при этом, тем не менее, делающие выбор в пользу игры. Также, в моральной парадигме подчеркивается роль наслаждения, желания. Игрок – это страстный человек, делающий выбор в пользу своего порока. Лечение игромании в такой парадигме, если рассматривать его крайне упрощенно, сводится к покаянию, наказанию, воздержанию и исправлению. Собственно говоря, этими практиками и занимаются наши пациенты, вне зависимости от того, являются они религиозными или нет. Они раскаиваются после очередной игры, пытаются искупить свою вину, проклинают и обзывают сами себя последними словами, наказывают себя или позволяют другим людям наказывать их. Еще в 1927 году профессор Зигмунд Фрейд обратил внимание на последовательно сменяющиеся друг друга фазы, характерные для патологического азартного игрока: Игра – «покаяние» – очередной игровой срыв [8].

«Покаяние» – это технический прием («перезагрузка совести»), подготавливающий почву для очередного игрового срыва. Подобное «покаяние» не имеет никакого отношения к истинному, первоначальному значению этого слова (греч.), означающего «изменение мышления» и радикальную перемену образа жизни. Никакого реального изменения мышления не происходит, никаких выводов не делается. Из совершенных поступков не извлекается опыт, образ жизни остается тем же. После проигрыша у патологического игрока происходит оргия самобичевания, самоунижения и жалости к себе. Затем, наступает своеобразный «катарсис», освобождение и патологический азартный игрок успокаивается и в очередной раз говорит себе: «Теперь все, больше я играть не буду! Я завязываю! Это был просто кошмарный сон, и он больше не повториться. Я начинаю жить заново и т. д.».

Некоторые, пациенты пытаются решить проблему, изолируя себя от соблазнов посещая монастыри, некоторые постятся и лишают себя привычных удовольствий, разговаривают со священнослужителями, дают клятвенные зарок больше не играть и т. д. После этого, обычно через короткое время, они снова идут играть и цикл повторяется. Именно крах подобных стратегий совладания и приводит их в кабинет к психологу или врачу.

Моральной модели «греха» противопоставлена медицинская модель заболевания. Согласно медицинской парадигме, игромания – это психи-

ческое заболевание, расстройство влечений. Патологический азартный игрок – это больной человек, который не свободен в своих поступках, потому что временами им руководит болезнь. Тут важно не перепутать несвободу в поступках с понятием «невменяемости», которая относится к юридической парадигме. Понятие «невменяемость» применимо в тех случаях, когда поведение, вытекающее из психического расстройства, само по себе образует состав преступления. Патологический азартный игрок не в состоянии контролировать свои симптомы и нуждается в лечении, а не в наказании. По мере прогрессирования расстройства игра становится потребностью, зависимость ограничивает свободу и препятствует адаптации и развитию личности.

Медицинская модель обращает внимание на наследственную предрасположенность, органические изменения, сопутствующие психические заболевания и психологическую склонность. Патологическая склонность к азартным играм может возникнуть у человека вне зависимости от его религиозных воззрений и высоты его моральных норм. Её невозможно вылечить посредством «покаяния», потому-то в случае развития заболевания «покаяние» становится необходимой частью болезни зависимости. Именно, благодаря «покаянию», происходит перезагрузка совести, которая готовит почву для нового игрового срыва.

Мы убеждены, что торжественные клятвы, посты, молитвы, зароки, тренировки силы воли, самонаказания – суть способы избегания решения проблемы, тешущие высокомерие заболевшего и поднимающие его рухнувшую самооценку. Они дают игроку лишь временную иллюзию, что он посредством своих сил может контролировать появление симптомов своего заболевания. Согласно медицинскому взгляду, патологический азартный игрок не ответственен за то, что он заболел, но он ответственен за свое выздоровление от своей болезни. Он не властен над симптомами своего заболевания, главным из которых является появление вне зависимости от его воли аддиктивного влечения. Но пациент властен над тем, как он обращается со своим симптомом, с тем, что он делает в случае его возникновения.

Опытный клинический психолог, внимательно слушая и наблюдая за пациентом, его поведением и тем, как он организывает коммуникацию, не прибегая к специальным диагностическим методикам, может получить в самых общих чертах информацию о:

- Внешнем виде пациента. Включающем в себя информацию о возрасте, его соответствии биологическому возрасту, телосложению, соотношению веса и роста. Наличию шрамов, следов увечий, хирургических

операций, самоповреждений, следов от внутривенных инъекций. Тагуировок, их качества исполнения, мест расположения и содержания изображенных образов. Состояния зубов; одежды и ее состояния. Наличие аксессуаров и украшений. Манере держаться и вести себя.

- Моторной сфере и жестикуляции. Поза, координация, походка, неусидчивость, тики, гиперкинезы, компульсии, агитация или скованность.
- Мимике. Живая, бедная, скорбная, заискивающая и т. д.
- Выражение лица и глаз. Безучастное, застывшее, напряженное, печальное, надменное, презрительное, настороженное или нарочито театральное.
- Речи пациента. Голос тихий, громкий, охрипший и т. д. Молчание, паузы, перебивание речи психолога, общая плотность дискурса. Ригидность, спонтанность, тональность, скорость, объем, наличие речевых дефектов, например таких, как заикание и т. д.
- Когнитивной сфере, которая включает в себя:

а) Конкретное содержание мыслей. Суицидальные и самообвинительные мысли, идеи величия, параноидные идеи и идеи отношения. Бредовые, сверхценные и навязчивые конструкции, фобии.

б) Процессе и темпе мышления. Ассоциативный ряд, скорость, темп течения мыслительных процессов и гладкость протекания, их адекватность. Последовательность, аморфность и наличие признаков «закупорки мыслей» (шперрунги).

в) Мотивационная сторона мышления. Целенаправленность, разноплановость, соскальзывания, обстоятельность, резонерство.

г) Смысловая сфера. Адекватность/неадекватность смыслов, паралогичность, псевдоабстракции.

д) Уровень интеллекта и эрудиции в самых общих чертах. Высокий, средний, низкий. Насколько гибко или ригидно мышление пациента. Способен ли пациент воспринимать новые идеи.

Примечание. В случае подозрения психолога на наличие бреда, следует прояснить структуру бреда, его центральную тему, степень разработанности и силу вовлечения. Насколько бредовая идея (идеи) доминирует в сознании пациента и нарушает процесс мышления, как перестроилась социальная жизнь пациента под её влиянием.

В случае подозрения психолога на наличие идей величия следует прояснить на чем, по мнению пациента, основана убежденность в своем превосходстве (будь то на обладании знанием, особыми способностями предвидения, интуицией, происхождением, избранностью и т. д.) и как это проявляется в беседе с психологом.

В случае подозрения психолога на наличие параноидных идей, которые проявляются в настороженности, недоверии, бдительности и убежденности в наличии заговора и во враждебном отношении окружающих. Следует прояснить степень враждебности и опасности поведения пациента для окружающих, которое может проявляться в раздражительности, активной или пассивной агрессии, враждебности, неуважении и негодовании.

- Аффективном состоянии. Общий уровень эмоционального развития, стабильность/нестабильность аффекта, его адекватность ситуации, сила, продолжительность. Насколько пациент чувствителен к внешним раздражителям, стимулам и насколько способен произвольно контролировать свои эмоции. Интерес к жизненным явлениям и событиям, общая эмоциональная включенность. Оживление, радость в глазах, улыбка, выражение блаженства при разговоре об игре. Как пациент реагирует на слова и молчание психолога.
- Состояние памяти. Насколько легко вспоминает события и даты своей биографии, что избирательно забывает, помнит ли имя психолога и т. д.
- Внимание. Способность к сосредоточению и переключению, отвлекаемость, истощаемость внимания.
- Насколько пациент адаптирован к реальности. Склонен ли к уходу от реальности (суицидальное и аддиктивное поведение), противостоянию реальности (антисоциальное и асоциальное поведение) или игнорированию реальности (бесплодное фантазирование, аутизация).
- Критике к заболеванию и состоянию. Какова внутренняя картина болезни и внутренняя картина здоровья, если она сформирована у пациента. Осознание болезни, понимает ли, пациент что патологическая вовлеченность в азартные игры – это психическое заболевание?
- Представление о здоровье и выздоровлении: как себе представляет свое выздоровление? По каким признакам поймет, что ему станет лучше? По каким изменениям в его поведении он полагает, что окружающие его люди поймут, что он начал выздоравливать?
- Локусе контроля. Внешний или внутренний.
- Ведущем векторе отношений. К людям, против людей, от людей.
- Доминирующих защитных механизмах личности. Примитивные защиты: изоляция, отрицание, всемогущество, интроекция, проекция, расщепление. Высшие защиты: изоляция аффекта, вытеснение, интеллектуализация, морализация, рационализация, уничтожение сделанного, поворот против себя и смещение. Также об избыточности или слабости защит, и о ригидности их применения.

- Восприятие психолога-консультанта. Типичны две крайности: «Магический спасатель» и «Потенциально опасный преследователь». Или в целом адекватное восприятие.

- Мотивация к изменению. Мотивация к изменению отсутствует, мотивация внешняя/контролируемая, мотивация внутренняя/автономная.

Несколько слов о дискурсе пациента: обычно пациент заблаговременно готовит свою речь и продолжительность этого, заранее отрепетированного им сообщения, занимает от нескольких секунд до нескольких десятков минут. Вероятно, эту речь пациент неоднократно проговаривал сам себе, по дороге к консультационному кабинету. Мы полагаем, что все, что пациент подготовил, не важно, сколько в этой истории лжи и самообмана или правды, служит ему защитой. Вопрос тут вот в чем – насколько сильно и ригидно пациент готов придерживаться своего нарратива. Некоторые пациенты, говорят почти без умолку, чтобы избежать диалога с психологом, другие чувствуют себя на столько парализованными стыдом и страхом, что не могут связать и двух слов, вся их отрепетированная речь тут же разваливается. Другие пациенты, отстраняются от своих переживаний, говоря о себе во втором и даже в третьем лице, так что у психолога складывается ощущение, что они, как будто, рассказывают историю о ком-то постороннем или пересказывают видимый ранее кинофильм или прочитанную книгу. Некоторые, начинают с постановки себе диагноза, говоря, что у них игромания, а затем вопросительно смотрят на реакцию психолога, как будто ожидая, чтобы он подтвердил их гипотезу или похвалил за проницательность. В любом случае, на начальном этапе интервью, психологу гораздо более важно обращать внимание на то, как пациент говорит, а не на то, что он говорит [4, 5].

В первой части беседы, у пациента есть возможность изложить основные жалобы и рассказать о причинах, заставивших его обратиться за помощью. Переход от первой части ко второй, психолог может осуществить, суммируя то, что он услышал от пациента. При этом полезно использовать слова пациента, прозвучавшие ранее в его речи. Психолог как бы подводит черту под речью пациента, связывая воедино тревоги, страхи и надежды пациента [4]. Например, психолог может сказать пациенту:

- «Насколько я Вас понял, причина, заставившая Вас обратиться за консультацией – тревога и беспокойство из-за того, что Вы утратили контроль за игрой».

- «Если я правильно Вас понял, то Вы пришли сюда, потому, что чувствуете, что с Вами в последнее время происходит что-то не так, и это

связано с Вашим активным участием в азартных играх».

- «Вы упомянули сегодня о том что, не смотря на проблемы, которые в Вашу жизнь привнесли азартные игры, Вы оказались в не состоянии от них отказаться, и это нанесло удар по Вашей самооценке и самоуважению».

Список литературы.

1. Автономов Д. А., Беляева О.В, Герасимов Р.В., Плющева О. А./«Вне игры. Сборник материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр» – М: РБФ НАН, 2008. – 156 с.
2. Автономов Д. А. «Исследование обстоятельств приобщения, мотивации и отношения к участию в азартных играх у пациентов на разных этапах формирования зависимости»//Вопросы наркологии № I. 2010. С. 88–96.
3. Зайцев В.В. Патологическая склонность к азартным играм – новая проблема российской психиатрии//Социальная и клиническая психиатрия. № I. 2000, С. 52–56.
4. Мак-Вильямс Н., «Психоаналитическая диагностика»/ – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
5. Патопсихология. Психоаналитический подход: Теория и клиника: Учебное пособие для студентов вузов/Под ред. Ж. Бержере; Пер. с фр. и науч. ред. А. Ш. Тхостова. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 397 с.
6. Секреты психиатрии/Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. – М.: МЕДпрессинформ, 2007. – 2-е изд. – 576 с.
7. Фенихель О. «Психоаналитическая терапия неврозов». – М.: Академический проект, 2004. – 848 с.
8. Фрейд З. Достоевский и отцеубийство//Интерес к психоанализу: Сборник/Пер. с нем.; Худ. обл. М. В. Дарко. – Мн.: ООО «Попурри», 2004. С. 108–131.
9. Ясперс К. Общая психопатология/Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
10. Black D. W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour//Psych Serv. – 1998, – V. 49 – № 11. – P. 1434–1439.
11. Crockford D.N., El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review//Canadian Journal of Psychiatry, 1998. № 43. –P. 43–50
12. Cunningham-Williams R. M., Cottler L. B., Compton W. M., et al.

Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area study.//American Journal of Public Health. 1998. 88. – P. 1093–1096.

13. Grant J. E., Potenza M. N. Pathological gambling//American Psychiatric Publishing, Inc., – 2003. – 270 pp.

14. Ibanez A., Blanco C., Donahue E., Lesieur H. R., Pérez de Castro I., Fernández-Piqueras J., Sáiz-Ruiz J., Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment//Am. J. Psychiatry. 2001 Oct. V. 158. P. 1733–1735.

15. Thompson W. N., Gazel R., Rickman D.: The social costs of gambling in Wisconsin//Wisconsin Policy Research Institute Report 9 (6): 1– 44, 1996.

16. Frank M. L., Lester D., Wexler A.: Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous//Journal of Gambling Studies 7:249–254, 1991.

1.2 Часть вторая.

Технология проведения мотивационного интервью.

Автономов Д. А.

В первой части нами были показаны задачи консультации, типичные ошибки, которым может быть подвержен специалист, и особенности первой части беседы – начального этапа первичного диагностического и оценочного интервью.

Середина консультации.

Вторая часть беседы представляет собой сбор информации о пациенте [3, 5–7]. Психолог занимает активную позицию в разговоре, задавая интересующие его вопросы. Принцип тут очень простой: если психолог не будет спрашивать то, скорее всего, он никогда не узнает. Мы обосновываем свой выбор вопросов, охватывающих основные сферы жизни пациента, на основании многочисленных опубликованных исследований, выявивших наиболее характерные и часто встречаемые психопатологические синдромы, коморбидные заболевания и состояния. А также наиболее типичные для патологических игроков характерологические (личностные) расстройства.

Специалисту необходимо помнить, что коморбидность патологической склонности к азартным играм с другими психическими расстройствами, по данным М. Ibanez с соавторами (2001) составляет 62,3% [13]. Итак, специалист должен знать, что патологическое влечение к азартным играм наиболее часто сочетается с:

Аффективными расстройствами. Распространенность депрессивных расстройств колеблется в пределах от 50 до 75% (Cunningham-Williams

R. M. et al, 1998. и Vesona E. et al, 1996) [9, 11]. Гипоманиакальных и маниакальных от 38 до 8% соответственно (McCormick R. A. et al, 1984) [15]. Специалисту следует знать, что примерно у 2/3 пациентов манифестация депрессивного эпизода предшествовала формированию патологического влечения к игре. Согласно Grant J. E., Potenza M. N. (2004), для патологических игроков характерно сочетание дистимии и эпизодов глубокой депрессии [20]. Пациенты использовали азартные игры в качестве антидепрессанта, для того чтобы справиться с дистимией, почувствовав азарт, возбуждение и радость победы, возникающую при участии в азартных играх. Затем, по мере прогрессирования включения в игру и последующего проигрыша, у пациента наступает депрессивный эпизод в связи с финансовыми, межличностными и профессиональными проблемами, возникшими в результате проигрыша.

Злоупотреблением/зависимостью от алкоголя и психоактивных веществ как текущим, так и в анамнезе. У 66,4%, патологических игроков на протяжении жизни диагностировалось злоупотребление психоактивными веществами (включая алкоголь) или синдром зависимости (Kausch O. 2003) [14].

Обсессивно-компульсивным расстройством. Распространенность колеблется в пределах от 1 до 20% (Grant J. E. et al, 2004) [20].

Тревожным расстройством (обычно социальное тревожное расстройство). Распространенность колеблется в пределах от 9 до 46% (Grant J. E., Potenza M. N. 2004) [20].

Синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Согласно данным Black D. W., Moyer T., (1998) до 40% пациентов имели данное расстройство в анамнезе [10].

Антисоциальным и пограничным личностным расстройством. Согласно Cunningham-Williams R. M. et al, (1998) у 42% патологических азартных игроков выявлено то или иное личностное расстройство [11].

Высокой суицидальной готовностью и суицидальными попыткам в анамнезе. По данным Frank M. L. et al, (1991), Petry N. M. et al, (2002) Thompson W. N. et al, (1996), наличие суицидальных мыслей признают от 32 до 70% пациентов. У 13–40% патологических игроков имеются суицидальные попытки в анамнезе [12, 19, 21].

Далее мы перечислим основные аспекты, которые специалист может затронуть во время разговора [1–8]. Их количество избыточно и вовсе не обязательно, что все приведенные нами вопросы следует задать и что на все из них необходимо получить развернутый ответ. Мы предлагаем приблизительную карту обследования и напоминаем, что «карта – это не территория».

Демографические данные. Биологический возраст, место рождения, происхождение родителей, образование. Призывался ли в армию, участвовал ли в боевых действиях. Откуда приехал (для некоренных жителей), когда и с какой целью. Менял ли (и как часто) места проживания. Профессия, специальность, работа. Семейные статус, браки, разводы, долгосрочные значимые отношения.

Социальный анамнез. Где и с кем живет, свое или арендованное жилье. Работает или учится, сколько времени занимает работа/служба и каков график. Отношения с начальством, коллегами и подчиненными. Имеет ли доступ к рабочим деньгам, есть ли возможность дополнительного заработка как легального, так и противозаконного. Есть ли еще возможность брать кредиты и/или закладывать имущество. Отношение к религии, типичное времяпровождение, хобби. Наличие/отсутствие друзей и характеристика окружения пациента. Играют ли они в азартные игры и/или говорят на игровые темы. Злоупотребляют ли алкоголем и/или психоактивными веществами. Благоприятствует ли окружение игре в азартные игры и пьянству. Провоцируют ли окружающие пациента на очередной игровой срыв, разговаривая при нем или с ним на игровую тематику и/или доверяя пациенту крупные денежные суммы и ценности.

Актуальные проблемы. В чем, по мнению пациента, заключены его главные трудности и как он понимает причины их появления. Как пациент сейчас оценивает свою жизненную ситуацию. Что беспокоит его больше всего. Какие чувства, с которыми он сталкивается, вызывают у него наибольшую тревогу. И такой важный вопрос, проливающий свет на мотивацию пациента и его объектные отношения: «Кто Вам рекомендовал придти на консультацию?»

Семейный анамнез. Включает в себя информацию об отце и матери их возраст, профессия, место работы, социальный статус. Живы они или нет, причины и время смерти, если умерли, состоят в браке или развелись. Продолжают жить вместе или нет. Каково состояние их здоровья как психического и физического. Был или у кого-либо из них или ближайших родственников алкоголизм, суицидальные попытки, игровая зависимость, психическое заболевание или эпизоды антисоциального поведения. Были ли в семье случаи насилия, включая сексуальное, и/или пренебрежения родительскими обязанностями. Образование родителей и их характер. Как пациент думает, был ли он желанным ребенком или нет. Как к нему относились и воспитывали. Какие, по его мнению, у его родителей были ожидания и надежды относительно его персоны.

Каковы взаимоотношения родителей друг с другом, кто доминирует в отношениях. Знают ли они о проблеме пациента и как они относились к пациенту до игры и как относятся сейчас. На кого из родителей или ближайших родственников, по мнению пациента, он больше похож. Знает ли пациент в честь кого его назвали. Краткая информация о сиблингах: сколько братьев и сестер, место пациента среди них (порядок рождения). Какие отношения с сиблингами, как сложилась их судьба и жизнь и какие у них проблемы, трудности и успехи.

Особенности развития пациента. Как протекало его детство и отрочество, с какими затруднениями сталкивался, как учился, как проводил свободное время. Был ли пациент в детстве неугомонным, расторможенным и гиперактивным. Имел ли трудности с концентрацией внимания, и страдала ли из-за этого школьная успеваемость. Проявлял ли безрассудство в опасных ситуациях, нарушал ли бездумно социальные правила, прерывал занятия, убегал из школы, был ли неспособен довести начатое до конца. Как взаимодействовал с родителями, учителями, сверстниками и друзьями. Были ли какие-то деструктивные и самодеструктивные паттерны и проблемы в переходном возрасте (с едой, игрой, алкоголем, наркотиками, риском, сексом, суицидальные мысли и попытки). Были ли эпизоды жестокого обращения с животными.

Супруга (супруг). Информация о возрасте, образовании, физическом и психическом здоровье, характере. От кого исходила инициатива женитьбы (замужества). Когда, где и как состоялось заключение брака. Кто на нем присутствовал. Каковы были отношения членов родительских семей. Напоминает ли супруг (супруга) одного из родителей пациента. Как складывались отношения в браке. Какие значимые события произошли со времени заключения брака: переезды, болезни, рождение детей, смерти, смены работы и т. д. Какие изменения произошли в связи с игрой. Как игра пациента отразилась на супруге. Как семья взаимодействует по поводу текущей проблемы. Как ситуация может развиваться по наихудшему сценарию. Как еще пациент может усугубить проблему. Какие есть положительные стороны проблемы. Упрекают ли в семье пациента его прошлыми играми и нарушением взятых ранее на себя обещаний, тем самым провоцируя новый срыв? Кто ведет семейный бюджет и у кого хранятся деньги. Продолжают ли доверять пациенту деньги и ценности. Есть ли внебрачные устойчивые взаимоотношения и/или случайные связи с той или иной стороны.

Сексуальная сфера. Отмечает ли пациент изменения в сексуальной сфере в связи с участием в азартных играх. Использует ли пациент игру

с целью подавить/заместить свою сексуальность? Или наоборот, азартная игра потенцирует его (ее) сексуальность? Возбуждается ли сексуально во время игры, в случае выигрыша или, наоборот, в случае проигрыша ищет ли утешения в сексе? Вступает ли пациент во внебрачные связи с целью избежать чувства одиночества или потому что не может выносить близости в паре и стремиться организовать любовный треугольник.

Дети. Количество, пол, возраст, проблемы и радости. Были ли они желанными или нет, какие сейчас отношения с ними. Занимается ли их воспитанием и образованием если «да» то, как и каким образом. Кто из детей, по его мнению, похож на него и в чем заключено сходство. Как игра повлияла на взаимоотношения с детьми.

Аффективная сфера. Следует исследовать как прошлое, так и настоящее и учитывать продолжительность, силу и сочетание симптомов. Клинически значимо, если длительность симптомов мании равно или превышает одну неделю, сопровождается значительными нарушениями функционирования и не связано с употреблением ПАВ. Для депрессивных симптомов клинически значима продолжительность присутствия симптомов на протяжении двух и более недель, отсутствие связи с соматической болезнью, злоупотреблением ПАВ и пережитой утратой. Необходимо выяснить было ли в прошлом у пациента снижение настроения или наоборот резкое повышение настроения, экспансивность и раздражительность. Заторможенность или повышенная моторная активность. Сонливость или бессонница или снижение потребности во сне. Присутствовала ли утрата чувства удовольствия и интереса, усталость, аэнергия или безудержная активность и трудность доведения начатого до конца. Наблюдалась ли потеря или увеличение веса, снижение концентрации внимания. Было ли восприятие «укороченного будущего», подавленность и пессимизм или ощущение безграничных возможностей и игнорирующий реальность оптимизм. Переживал ли пациент снижение самооценки и уровня притязаний, виновность, перманентные суицидальные мысли или у него было ощущение всемогущества, напыщенность, высокомерие и идеи величия. Объективно, здесь и сейчас наблюдается ли замедление мышления, речи, движения или наоборот присутствует полет идей, скачки мыслей и ажитация.

Игровой анамнез. Первый опыт игры, основные виды игр в которые играет пациент. Кто послужил проводником в мир игры и каково прогрессирование вовлеченности в игру. Есть ли потеря контроля над игрой, деньгами, временем. Присутствует ли у пациента неспособность

прервать игру усилием воли, чувство вины после эксцесса, скрытность, игра в долг, навязчивое желание «отыграться», пропуск работы из-за игры. Какова частота игры за последний год и когда пациент играл в последний раз. Наличие игровых долгов и насколько они соизмеримы с доходами. Присутствует ли у пациента изменение в личности и образе жизни, изменение ценностных ориентиров, есть ли признаки зависимости. Какие сферы жизни у пациента страдают из-за игры: личная, финансовая, межличностная, профессиональная и социальная. Какие у пациента типичные триггерные ситуации? Что (кто) чаще всего, по его мнению, провоцирует очередной игровой срыв?

Предыдущие попытки прекратить играть и история лечения (если она была). Это пункт важен тем, что пациенты склонны повторять и воспроизводить с каждым новым психологом и психотерапевтом старые поведенческие стереотипы. Какие решения относительно своего участия в азартной игре пациент принимал? Какие цели и задачи перед собой ставил? Пытался ли в прошлом уменьшить степень своей вовлеченности в азартные игры? Пытался ли самостоятельно прекратить играть, и что из этого вышло. Какие стратегии для достижения этой цели использовал? В чем был успех? Что пошло не так? С какими проблемами он столкнулся, воздерживаясь от игры. Почему, как он думает, он не достиг своей цели. Что ему помешало; было это препятствие внешним или внутренним? Обращался ли за помощью по поводу своих проблем с игрой? Была ли это профессиональная помощь или нет? Получал помощь амбулаторно или стационарно? В чем, по его мнению, заключалось лечение, и как он реагировал на него. Прекратил ли получать помощь досрочно или «срывался» во время ее оказания? Пытался ли решить проблему посредством переездов и добровольной изоляции себя от соблазнов? Что произошло после его возвращения домой. Какие методы самоограничения и самонаказания использовал. О каких еще способах лечения знает, но считает, что они ему не помогут или не подходят. О каких еще способах лечения знает, но еще не пробовал, но готов попробовать. Какие выводы для себя извлек из своих предыдущих попыток прекратить играть или взять игру под контроль.

Наркологический анамнез. Включает в себя информацию об употреблении любых психоактивных веществ (легальных и нелегальных) включая алкоголь. Возраст начала употребления, количество, частота, способы приема, продолжительность, динамика, признаки злоупотребления и зависимости. Возникла ли у пациента, когда-либо проблема алкоголизма или наркомании? Употреблял ли пациент ПАВ и/или ал-

коголь в прошлом году? Если нет, то есть ли какие-то особые причины, по которым он не употреблял алкоголь и ПАВ? Пытался ли когда-нибудь пациент сократить количество (или частоту) употребления алкоголя и/или ПАВ? Раздражается или злится, когда кто-либо критикует его пьянство? Испытывает ли пациент чувство вины относительно употребления? Приходилось ли пациенту когда-либо начинать утро с приема алкоголя или ПАВ, чтобы привести себя в норму? Называл ли кто-либо пациента «алкоголиком» или «наркоманом» (даже, если он был с этим категорически не согласен)? Были ли в прошлом проблемы из-за употребления алкоголя и/или ПАВ? Какое влияние оказало употребление алкоголя и/или ПАВ на жизнь, работу, карьеру, семью и здоровье. Был ли пациент агрессивен и опасен для окружающих в состоянии опьянения, наносил ли себе самоповреждения и травмы? Случались ли расстройства памяти после употребления? Были ли эпизоды запойного пьянства и/или синдром отмены? Обращался ли за медицинской помощью из-за этого? Лечился ли от какой-либо зависимости? Когда, где, каким методом и сколько раз? Как относился к рекомендациям специалиста? Какова была эффективность лечения, доволен ли он сам результатами? Отмечает ли пациент связь употребления (или отказа от употребления) алкоголя и/или ПАВ с игрой? Использовал ли алкоголь и/или ПАВ как средство «самолечения» от игромании (или наоборот)? Обострялась или затухала тяга к игре после употребления? Дата последнего употребления алкоголя или ПАВ. Принимаемые пациентом лекарственные препараты или БАДы.

Антисоциальные действия. Совершал ли пациент преступления, чтобы добыть денег для финансирования игры? Шел ли он на преступления, чтобы рассчитаться с долгами, возникшими по причине игры? Если «да» то, как часто за последний год? Были ли это имущественные преступления (воровство, растраты, подлоги) или преступления против личности (грабежи, разбой и т. д.)? Был ли пациент под следствием, подвергался аресту и заключению или подвергался криминальному преследованию? Испытывал ли чувство раскаяния и угрызения совести после совершения антисоциальных действий? Пытался ли действительно (поступками) искупить свою вину? Какие пациент сделал выводы из своих антисоциальных поступков и их последствий?

Суицидальная настроенность. Также следует исследовать как прошлое, так и настоящее. Пациента следует прямо спросить: Думал ли он о желательности смерти? Были ли мысли о том, чтобы нанести себе самоповреждение? Думал ли он о том, чтобы убить себя? Связаны ли мысли

о самоубийстве с игрой (с проблемами из-за игры)? Пытался ли он когда-либо себя убить? Какая мысль остановила в последний момент? Или когда, где, каким образом он совершил суицидальную попытку, и какие последствия имели его действия? Когда он думал о самоубийстве последний раз? Следует выяснить, есть ли у пациента прямо здесь и сейчас мысли о самоубийстве. Есть ли у него конкретный план по реализации суицидального намерения? Думал ли пациент о том, чтобы убить кого-либо еще (или вместо себя)? Что может помочь пациенту остановиться и остаться в живых? И нуждается ли он, по его мнению, в госпитализации прямо сейчас?

Мотивация к изменению и лечению. Для исследования мотивации можно задать следующие вопросы: Когда Вам впервые пришла в голову мысль о том, что Ваше участие в азартных играх превращается в проблему? Сколько времени прошло после ясного осознания, что Вам нужно прекращать играть? Почему Вы обратились за помощью только сейчас? Что такое произошло, что заставило Вас прийти на консультацию? Что послужило для Вас «последней каплей»? Есть ли у Вас поддержка со стороны окружающих, близких? Чья это была идея прийти сегодня на консультацию? Кто убеждал Вас в том, что Вы нуждаетесь в помощи? Кто был инициатором сегодняшней встречи? Кто искал информацию о способах помощи и лечебных учреждениях для Вас? Какие конкретно действия совершили Вы, чтобы прийти сюда? Что вы ждете от нашей встречи? Что, по Вашему мнению, с Вами не так? На какую помощь Вы рассчитываете, и какую помощь Вы хотите получить?

Завершение. Пациента можно спросить: «Есть еще что-то важное, о чем я должен (мог бы) был спросить Вас, но не спросил?» «Есть ли какие-то еще важные для Вас вопросы, которые не были затронуты?» [4, 5].

Мы полагаем, что мотивация пациента является решающим компонентом для выздоровления, и она является более важной, чем формальная постановка диагноза. Постановка диагноза не входит в компетенцию медицинского психолога. Диагноз ставит врач. Тем не менее, медицинский психолог может сообщить пациенту о своем понимании того, что происходит с пациентом в клиническом смысле, если он считает, что это необходимо для усиления мотивации. Задача психолога на первоначальном этапе заключается в мотивировании пациента на встречу с врачом для получения разносторонней квалифицированной помощи, которая включает в себя, в том числе психофармакотерапию и участие в специализированных реабилитационных программах. Психолог может, обобщив свои впечатления сообщить пациенту о своем видении проблемы

и предложить возможный план действий, включающий в себя альтернативные варианты.

Техники мотивационного интервью.

Итак, возвращаясь к первой встрече, некоторые трудности у специалиста возникают в том случае, когда пациент пришел под сильным давлением извне. Иногда, таких пациентов, у которых, собственно говоря, отсутствует мотивация не только на реабилитацию и лечение, но и на консультацию (беседу). Их буквально приводят, держа за руку, их встревоженные родственники. Они являются инициаторами встречи и считают, что задача психолога убедить и вразумить пациента или даже в более тяжелых случаях вылечить его без его (пациента) желания. Разумеется, при таком жизненном раскладе пациент воспринимает психолога в переносе, как союзника, преследующей его родительской фигуры. То есть он активно диссимилирует, лжет, дезинформирует и избегает попытки исследовать то, что происходит с ним. Говоря психоаналитическим языком, демонстрирует все признаки психопатического и параноидного переноса [3, 4]. В этом случае, для работы с таким пациентом на первичной консультации, психолог может использовать специфическую технику. Сутью этой техники является то, что психолог занимает метапозицию по отношению к пациенту и лицу, заинтересованному в его лечении. Психолог отказывается присоединяться к давящим на пациента фигурам и свою беседу строит максимально неинвазивно и нейтрально. Для этого, в основном, он использует открытые вопросы, сформулированные через третье лицо [1]. Они сформулированы на первый взгляд несколько странно, но тем не менее, благодаря им, психолог может обойти сопротивление пациента.

Примерный список вопросов:

1. Чья эта была идея, чтобы Вам прийти сюда сегодня?
2. Почему как Вы думаете, г-жа А. заинтересована в нашей встрече?
3. Что больше всего беспокоит г-жу А. в Вашем поведении?
4. Что, по мнению г-жи А. Вы делаете не так?
5. Что как Вы думаете, что Вам следует перестать делать, чтобы г-жа А. оставила Вас в покое?
6. Как Вы думаете, что Вам следует начать делать, чтобы г-жа А. оставила Вас в покое?
7. Каких конкретных изменений от Вас ожидает г-жа А.?
8. Как Вы думаете, что г-жа А. ожидает от нашей встречи?
9. Чем, по мнению г-жи А. эта встреча могла бы быть Вам полезной?
10. Ответы, на какие вопросы, по мнению г-жи А. Вы сегодня получили?

Благодаря такой постановке вопроса, многие пациенты идут на контакт с психологом. Более того, благодаря данным формулировкам, пациенты начинают занимать позицию другого человека, как бы смотря на себя со стороны. Мы убеждены, что активная позиция психолога лишь усиливает сопротивление пациента, более того пациент еще до встречи с психологом готовился к защитному отражению атак. Когда этих атак не происходит, его «самосбывающееся» пророчество не реализуется на практике, пациент оказывается в растерянности. В некоторых случаях, он может соприкоснуться со своей внутренней психической реальностью, со своими тревогами и попытаться поделиться ими с психологом. Если этого не происходит, то, по крайней мере, у пациента создается иной, более реалистичный и позитивный образ психолога, чем тот который был до встречи. Это может облегчить контакт в будущем, когда пациент будет готов.

Другим способом обращения с пациентами, пришедшими не по своей воле, является предоставление им информации о игромании как о заболевании. Психолог может рассказать о болезни, о ее характерных признаках, симптомах, динамике и течении. В некоторых случаях возможна демонстрация пациентам соответствующей медицинской литературы или классификации болезней. Говорить следует максимально нейтрально и не пытаться в чем-либо убедить пациента. Если пациент говорит, что все выше услышанное к нему не относится, психолог может сказать что очень рад за пациента. И что вдруг, если он для себя поймет, что с ним что-то не так, то он может обратиться за помощью, когда сочтет нужным.

Психолог должен ясно понимать, что совершенно не обязательно, что все пациенты, приходящие в его кабинет больны игроманией. Пациент, может быть носителем семейного симптома, быть так называемым «идентифицированным пациентом». Члены семьи могут проективно размещать в пациенте (речь идет исключительно о пациентах подросткового возраста) свои собственные психопатологические симптомы и проблемы и затем торжественно настаивать на том, чтобы психолог или врач лечил его.

Возвращаясь к мотивационному консультированию, проблема заключена в том, что в случае развития у пациента патологической склонности к азартным играм происходит то, что А. Н. Леонтьев определял как «сдвиг мотива на цель». Игра сама по себе и измененное состояние сознания, которое ее сопровождает, всемогущие фантазии на тему крупного выигрыша становится самостоятельным побуждающим мотивом.

Мотивация является фундаментальным психическим феноменом. Мотивация не тождественна понятию «причинна», однако она является движущей силой индивида. Мотивация представляет собой систему устойчивых мотивов определяющих поведение и избирательность отношений [16]. Мотивация пациента на лечение и реабилитацию является важным и наиболее решающим компонентом для выздоровления. Мотивационный подход основан на следующих тезисах [16, 17]:

1. Мотивация клиента является ключом к изменениям.
2. Мотивация является многомерным феноменом.
3. Мотивация не является статичной, напротив она динамична и изменчива.
4. Мотивация зависит от социальных взаимодействий.
5. Мотивация может меняться.
6. Мотивация зависит от стиля психолога (врача).
7. Задача психолога (врача) заключается, чтобы выявить и повысить мотивацию.

Целью мотивационного интервью являются поддержание и усиление мотивации изменить свое проблемное поведение. Мотив сам по себе невозможно сформировать, его можно только актуализировать и поддержать. Мотивационное консультирование представляет собой клинический стиль для пробуждения у клиента собственной внутренней мотивации к изменениям [16, 17]. Эта цель достигается благодаря не конфронтационному способу взаимодействия, обходящему сопротивление пациента. Мотивационное консультирование имеет преимущество по сравнению с традиционным подходом, который базируется на информировании пациентов о неблагоприятных последствиях, которое несет их зависимое поведение и о преимуществе здорового, независимого образа жизни [16–18]. Подобная тактика, обычно, лишь усиливает сопротивление у пациентов, побуждая их спорить с психологом или врачом и приводить контраргументы, причем не обязательно вслух. Чаще происходит как в известной басне Крылова: «А Васька слушает, да ест».

W. Miller и S. Rollnick, (1999) приводят принципы мотивационного интервьюирования: формулировка «FRAMES»:

- F – feedback – предоставь обратную связь о поведении;
- R – responsibility – подкрепи у пациента чувство ответственности за изменение поведения;
- A – advice – дай совет по поводу изменения поведения;
- M – menu – обсуди меню возможных вариантов изменения поведения;

- E – empathy – выражай эмпатию по отношению к пациенту;
- S – self-efficacy – поддерживай самоэффективность пациента [17].

Мотивационный подход заключается не в том, чтобы принуждать пациентов делать то, что они делать не собираются. Сами пациенты, зачастую пытаются вовлечь психолога в давно описанную транзактными аналитиками игру – «Да, но». Цель этой игры заключается в том чтобы, заявив о проблеме последовательно отвергнуть любую предлагаемую помощь и любые варианты возможного решения проблемы.

Мотивационная беседа делает акцент на противоречии между поведением пациента и его целями и ценностями [16, 17]. Психолог дает пациенту возможность рассмотреть их и реалистично оценить свою ситуацию. Проявляя эмпатию, избегая осуждения и конфронтации, психолог способствует актуализации амбивалентного отношения к проблеме, поддерживая внутренние резервы пациента.

Мотивационное интервью основано на теории когнитивного диссонанса [16, 17]. Слово сочетание «когнитивный диссонанс» происходит от английских терминов: «cognition» – знание и «dissonance» – несоответствие, разногласие. Когнитивный диссонанс – состояние, характеризующееся столкновением в сознании индивидуума противоречивых знаний, убеждений, и поведения. Когда такое столкновение происходит, и намерения расходятся друг с другом, у субъекта возникает потребность свести их к общему знаменателю. Столкновение двух когнитивных относительно одного объекта субъективно переживается как дискомфорт. Традиционно считается, что люди стремятся к гармонии, как желаемому внутреннему состоянию и минимизации напряжения. Если возникает противоречие между тем, что человек знает, и тем, что он делает, то это противоречие человек стремится как-то сам себе объяснить. Наличие диссонанса приводит к действиям, направленным на его уменьшение. Способы, посредством которых субъект справляется с диссонансом, разнообразны и специфичны для каждого конкретного человека.

Некоторые игроки просто-напросто избегают контактировать с информацией, связанной с одним из элементов, который входит в противоречие с другим. Если диссонанс возникает между двумя элементами, например между желанием перестать играть и желанием продолжать игру, то этот диссонанс может быть устранен посредством изменения одного из этих элементов. Один из способов изменения это представление противоречия как не противоречия для того, чтобы вновь достичь состояния внутренней когнитивной согласованности. Другим способом является реальное изменение своего поведения. Но пациенты в своем

большинстве, предпочитают не стоять перед выбором одного или другого. Ведь выбор всегда предполагает отказ от одной из альтернатив. Вместо этого они «выбирают» уменьшать диссонанс, посредством самообмана, рационализируя противоречие. Другой путь – это глобальное уменьшение и сокращение восприятия. Пациенты «атакуют» собственный психический аппарат осознания-восприятия, который связывает их с реальностью. Некоторые игроки говорят нам, что их жизнь проходит как во сне, в тумане и спутанности. И единственная идея, путеводная звезда, освещающая их путь это мысль: «Где еще достать денег?».

Еще один способ избежать когнитивного диссонанса, это занять свой ум ошибочной (с точки зрения логики) идеей, образуемой посредством замены местами причины и следствия. Или, нарушая логичную взаимосвязь своих действий с последствиями своих поступков. В этом случае, например, игрок убежден, что он играет «ради денег и выигрыша», а продолжает играть, чтобы «отдать долги». При этом, игнорируя тот факт, что заработанные им деньги тратятся на игру. Равно как и выигранные в результате игры деньги также идут на продолжение его участия в дальнейших играх. То есть, «выигрыш» никоим образом не решает его финансовые проблемы. Выигранные деньги не расходуются им на другие «не игровые» нужды, так как патологическому игроку жалко их тратить. По сути, играя, патологический азартный игрок прогрессивно ухудшает свое финансовое состояние, а периодически выпадаемые выигрыши, дают ему лишь возможность увеличивать свое время нахождения в игре и/или дают возможность играть по более крупным ставкам. Мотивация «играю, чтобы расплатиться с долгами» является результатом подмены причины события его следствием.

Психолог может задать вопрос: «А каким образом у Вас появились долги?» Этот вопрос почти неизменно ставит игрока в тупик. Так как честным ответом на него является признание того факта, что долги появились из-за участия пациента в азартных играх. Следующее суждение психолога: «Итак, похоже, что Вы считаете, что Вам нужно продолжать играть, чтобы расплатиться с долгами, возникшими благодаря игре?» зачастую вызывает у игрока болезненный когнитивный диссонанс.

Целью мотивационного интервью является активизация противоречий пациента относительно его желаний и поступков, чтобы стимулировать благоприятное отношение к изменению привычного поведения. Из метода мотивационного интервьюирования (W. Miller и S. Rollnick, 1991) мы в своей практике используем такие элементы, как индуктивное расспрашивание, активное выслушивание и регулярное использование

подведения итога. Просим приводить доводы «за» и «против» альтернативного образа действий, избегаем морализаторства и оценок, а также способствуем формированию и подкреплению адаптивных установок и форм поведения [16].

Важной частью мотивационного вмешательства, является то, что чтобы сами пациенты (а не специалист, проводящий консультацию) называл аргументы в пользу отказа от игры. Мы предлагаем пациентам самостоятельно приводить аргументы в пользу изменений своей текущей ситуации и составлять список проблем, которые у них возникли из-за игры. Психолог, напротив, в некоторых случаях, может играть роль «адвоката дьявола», приводя аргументы в пользу продолжения игры.

Специалист может предложить пациенту прямо во время консультации заполнить специальную таблицу аргументов «за» и «против» продолжения игры.

Таблица аргументов «за» и «против».

Продолжать играть.		
№	АРГУМЕНТЫ «ЗА»	АРГУМЕНТЫ «ПРОТИВ»
1		
2		
3		

Отказаться от игры.		
№	АРГУМЕНТЫ «ЗА»	АРГУМЕНТЫ «ПРОТИВ»
1		
2		
3		

Затем результаты обязательно обсуждаются. В ходе данной работы можно выявить мотивы, аргументы и предпосылки изменений. Важным является побуждение пациента к самостоятельному анализу его жизненной ситуации. Работая в рамках мотивационного подхода, психологу следует прояснить, какова у пациента мотивация продолжать играть, и какова мотивация отказаться от игры. Причем эти противоположности должны рассматриваться вместе.

Другим вариантом данного задания является предложение специалиста пациенту на листе бумаги написать «10 плюсов» азартной игры, а затем и «10 минусов». На практике обычно пациенты с легкостью, без вся-

ких проблем и с энтузиазмом пишут «10 минусов». Однако затрудняются привести «10 плюсов» или приводят их очень обезличенно и формально. Некоторые игроки заявляют, что «никаких плюсов» у игры вообще нет. В таком случае психолог может сказать приблизительно следующее: «Вы утверждаете, что никаких плюсов у игры нет. На основании того, что Вы только что мне про себя рассказали, у меня возникло чувство недоумения. Тогда ради чего столько лет Вы играли в азартные игры?»

Мотивационное интервью разработано для того, чтобы помочь пациентам, принять решение об участии в реабилитации. Оно основано на уважении выбора, который делает пациент и конструктивной самоконфронтации. Психолог может попросить пациента привести аргументы в пользу сохранения существующего статус-кво. Он может задать пациенту вопрос: «Зачем (ради чего) Вам следует прекращать играть?» Пациент тут же оказывается в непривычной для себя роли, ведь обычно все происходило с точностью наоборот. Кто-либо из его окружения приводил ему аргументы в пользу отказа от игры, преследовал, обвинял, винил и стыдил его, что побуждало пациента усиливать свои защитные маневры. Теперь, он должен сам доказать психологу, что отказаться от игры важно для него самого. При такой постановке вопроса пациенту приходится самому приводить аргументы в пользу изменения. Психологу важно уметь задавать открытые вопросы, размышлять, приводить аргументы, выделять из речи пациента важные для него мотиваторы и возвращать ему его собственные слова.

Лечение возможно только после признания болезни. Первоначально следует помочь пациенту осознать наличие у него болезненного расстройства и помочь сформировать мотивацию к изменению. Признание болезни (или отказ от признания болезни) является ответственностью пациента. Задача психолога дать пациенту информацию о заболевании, а не убеждать его в том, что он болен. Если пациента его жизнь не убедила в том, что у него есть проблемы, и с этим надо что-то делать, то никакой даже самый блестящий психолог или врач сделать это не в состоянии.

Отличие мотивационного интервью от других подходов в том, что главную работу по мотивированию проводит сам пациент [16, 17].

Завершение консультации.

Психолог должен понимать, что основой надлежащих отношений между ним и пациентом, является информированное добровольное согласие. Этот принцип лежит в основе поговорки, которая может быть девизом специалиста и призывом к пациенту: «Нас трое – ты, я и болезнь.

Давай объединимся, чтобы победить болезнь». Пациент имеет право на самостоятельное отношение к психокоррекционному вмешательству и реабилитации. Пациент имеет право получить информацию о:

1. Диагнозе (относится к компетенции врача).
2. Цели предлагаемого лечения и психокоррекции.
3. Его возможных последствиях.
4. Возможных разумных альтернативных методах и подходах.
5. Прогнозе в случае отказа от предлагаемого лечения и реабилитации.

Пациент не должен действовать с закрытыми глазами, он имеет право получить объективную, непредвзятую информацию и разъяснения по поводу своего заболевания и его потенциальной опасности, для того, чтобы он мог осознать необходимость лечения. Эта информация включает себя сведения о рецидивирующем характере патологической склонности к азартным играм, о рекомендуемом сроке и процессе реабилитации. О необходимости последующих действий, направленных на профилактику срыва и рецидива заболевания.

Пациенту сообщается цель реабилитации, а именно достижение устойчивой ремиссии. Под устойчивой ремиссией мы понимаем ремиссию длительностью не менее года, при этом желаемый результат это достижение, по возможности, пожизненной ремиссии. Другой важной целью лечения является профилактика возникновения (или прогрессирования в случае наличия) параллельной зависимости, будь то нехимической (поведенческой) или зависимости от психоактивных веществ, включая алкоголь.

Также психолог может рекомендовать пациенту проконсультироваться у врача-психиатра-нарколога и/или психотерапевта.

Возможной разумной альтернативой лечения является предложение принять участие в группах самопомощи сообщества «Анонимных Игроков».

В завершении встречи психологу необходимо достижение эмпатического понимания тех проблем, чувств и состояний, с которыми актуально встречается пациент. Обобщая услышанное, психолог может сказать пациенту:

- «Вы говорили о том, что Ваша семейная (профессиональная, деловая) жизнь рушится из-за Вашей чрезмерной вовлеченности в азартные игры, Вас это беспокоит и тревожит, и Вы желаете положить этому конец».
- «Сегодня Вы говорили мне о том, что, играя, Вы теряете контроль над своей жизнью. Из-за игры Вы начинаете делать то, что не хотите, а за-

тем испытываете чувство вины и стыда. Предыдущие попытки взять игру под контроль не увенчались успехом и Вас начали посещать суицидальные мысли, что настолько Вас напугало, что Вы решили искать помощи».

- «Стремительный рост Ваших долгов из-за игры и усиливающееся давление со стороны кредиторов заставило Вас усомниться в идее, что Вы «отыграетесь», то есть решите проблемы, возникшие из-за игры посредством еще большей включенности в игру, что привело Вас в чувство растерянности и недоумения. Похоже, на то, что теперь Вы стали более открытым, для того чтобы получить информацию о возможных альтернативных способах решения Ваших проблем».

Завершая встречу, психолог подводит итоги и предлагает пациенту предпринять шаги необходимые для выхода из сложившейся для пациента неблагоприятной ситуации. Полезно будет, если в конце психолог спросит у пациента: «На какие вопросы в ходе сегодняшней встречи он получил ответ?». Психологу следует дать пациенту возможность принять решение о своих дальнейших действиях (или бездействии) относительно той проблемы, из-за которой он пришел на консультацию. Также, рекомендуется по возможности кратко обсудить следующие шаги пациента относительно его ситуации.

В любом случае, задача психолога обогатить и расширить видение и понимание пациента. Дабы пациент покинул кабинет психолога, не только поговорив на волнующую его тему, но также, чтобы он смог взглянуть на свою проблему с другой стороны и под другим углом. Важно, чтобы пациент не только получил ответ на беспокоящее его вопросы, но и смог задать себе новые вопросы, выводящие его понимание и осознание на качественно новый уровень.

Список литературы.

1. Ахола Т. Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия (Терапия фокусированная на решении). // Краткосрочная позитивная психотерапия. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000.
2. Зайцев В. В., Шайдулина А. Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: ОЛМА – ПРЕСС Эક્слибрис, 2003. – 128 с.
3. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях/Пер. с англ. А. Ф. Ускова. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 368 с.
4. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. Пер. с англ. М. И. Завалова. – М., Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с.

5. Мак-Вильямс Н., Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе/Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 480 с.
6. Патопсихология. Психоаналитический подход: Теория и клиника: Учебное пособие для студентов вузов/Под ред. Ж. Бержере; Пер. с фр. и науч. ред. А. Ш. Тхостова. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 397 с.
7. Секреты психиатрии//Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 2-е изд. – 576 с.
8. Фенихель О. «Психоаналитическая терапия неврозов». – М.: Академический проект, 2004. – 848 с.
9. Becona E., Del Carmen L. M., Fuentes M. J. Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78. 1996. 635–640.
10. Black D. W., Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour//*Psych Serv.* – 1998. – V.49/ – № 11. – P. 1434–1439.
11. Cunningham-Williams R. M., Cottler L. B., Compton W. M., et al (1998) Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis Epidemiological Catchment Area study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093–1096.
12. Frank M.L, Lester D, Wexler A. Suicidal behavior among members of Gamblers Anonymous.//*Journal of Gambling Studies* 7:249–254, 1991.
13. Ibanez A., Blanco C., Donahue E., Lesieur H. R., Pérez de Castro I., Fernández-Piqueras J., Sáiz-Ruiz J., Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment//*Am. J. Psychiatry*. 2001 Oct. V. 158. P. 1733–1735.
14. Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 2003. 263–270.
15. McCormick R. A., Russo A. M., Ramirez L. E., Taber J. I. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment//*American Journal of Psychiatry* – 1984 – V.141 – № 2. – P. 215–218.
16. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press, 1991.
17. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press, 2nd ed., 1999.
18. Miller W. R., Tonigan J. S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*. 1996; 10 (2):81–89.

19. Petry N.M., Kiluk B.D. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers//J. Nerv. Ment. Dis. 2002 Jul. V. 190. № 7. P. 462–469.
20. Grant J.E., Potenza M.N. Pathological gambling: a clinical guide to treatment/Washington, DC: American Psychiatric Pub. – 2004. – P. 270.
21. Thompson W.N, Gazel R, Rickman D: The social costs of gambling in Wisconsin.//Wisconsin Policy Research Institute Report 9 (6):1–44, 1996.

Раздел III

Амбулаторная реабилитационная программа «Спасательный круг».

Глава 1.

История возникновения, структура и практика программы «Спасательный круг».

Топал Н.С.

Амбулаторная реабилитационная программа «Спасательный круг» была создана в 2000 г. При создании амбулаторной программы «Спасательный круг» был использован опыт программы «Решение», действующей в 5-м отделении 19 наркологической больницы г. Москвы. Первые опыты по внедрению программы «12-шагов» в стационарную помощь больным алкоголизмом начались в больнице с 1992 года. После стажировки ряда сотрудников больницы в США (1993–1995 г.) более ясной стала концепция организации лечебных программ с использованием вышеназванной методики. В 1995 году в больнице было организовано отделение с программой лечения, соответствующей по своей структуре Миннесотской модели. По мере адаптации этой программы стали понятны особенности отдельных ее компонентов, которые в российских условиях так же имели свою специфику. С приходом в программу в 1997 году специалистов психологов полностью завершилось формирование специфических лечебных подходов и методик, стало возможным их наиболее полное научное обоснование и практическое применение.

С 2000 по 2012 годы на лечение в программу «Спасательный круг» поступило 522 человека. Из них полностью завершили программу 160 человек. На настоящий момент 128 бывших участников программы реабилитации находятся в состоянии ремиссии продолжительностью не менее 3-х лет.

Амбулаторная реабилитационная программа «Спасательный круг» – это бесплатная амбулаторная программа, рассчитанная на 3-х месячный курс реабилитации людей с зависимостью от алкоголя или ПАВ.

Занятия проводятся три раза в неделю по 6 часов в день (три «пары» по сорок пять минут). Одновременно в программе «Спасательный круг» может оказываться помощь 12-ти пациентам. Количество персонала – 6 человек: 2 психолога и 4 социальных работника (консультантов по химической зависимости).

1.1. Требования к пациентам при направлении в программу «Спасательный круг».

В программу «Спасательный круг» принимаются пациенты:

1. С диагнозом хронический алкоголизм, наркомания начальной и средней (1–2) стадии.
2. Диагноз не должен быть отягощен сопутствующим психическим, соматическим, неврологическим или травматическим заболеванием в остром периоде.
3. Возраст пациентов: от 18 до 60 лет.
4. Принимаются больные, у которых степень абстинентного синдрома не является среднетяжелым и тяжелым.
5. Обязательным условием является согласие на лечение методиками, предлагаемыми нашей программой.

При поступлении в программу, пациенту предлагается заполнить подробную анкету (Бланк психосоциальной оценки), которая приводится в приложении.

Одна из особенностей программы «Спасательный круг» в том, что пациенты подключаются к реабилитационным мероприятиям не одновременно, а по мере поступления. В связи с этим программа реабилитации формируется из ряда значимых по психокоррекционному воздействию на пациентов разделов, не связанных какой-то определенной последовательностью.

Во-первых, можно выделить познавательную-информационную часть программы. Она состоит из лекций и семинаров, которые проводятся по плану и циклично, что позволяет вновь поступившим пациентам подключаться к лечению в любой момент без потери смысловых взаимосвязей в информационном поле программы. В этом разделе пациентам предлагается информация о биологических, психологических и социальных аспектах заболевания, о тех проблемах, которые ожидают пациента в период становления ремиссии и трезвого образа жизни, о методах поддержания трезвости и восстановления с помощью программы «12-шагов». В чтении лекций и проведении семинаров и тренингов для пациентов программы участвуют психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники (консультанты).

Другим разделом программы является психокоррекционное воздействие в малых группах по 6–9 человек. Именно психокоррекция в малых группах является наиболее действенной при лечении зависимостей. Методика работы в малых группах с людьми с зависимостью от ПАВ имеет свою специфику. Знание этой специфики позволяет наиболее

рационально и эффективно использовать данное реабилитационное и психокоррекционное пространство для достижения положительного результата в восстановлении пациента.

В методологическую структуру программы входит привлечение пациентов к использованию помощи, которую предоставляет сообщество Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов. Главным в этой части можно считать участие в лечебном процессе специалистов, имеющих собственный опыт выздоровления по программе «12-шагов» – специально подготовленных социальных работников (консультантов), основной задачей которых является объяснение принципов помощи, предлагаемой сообществом АА, АН. Кроме этого, в процесс лечения привлекаются добровольные помощники – члены АА, АН, которые рассказывают пациентам о своем опыте восстановления с помощью программы «12-шагов» и сообщества Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов.

Обязательным для пациентов так же является посещение за время лечения собраний групп АА, АН. Существуют еще два вида помощи пациентам программы – индивидуальная и семейная терапия. Все перечисленные части лечебной программы происходят в «реабилитационной» среде, составляющей лечебную субкультуру, в создании которой участвует весь персонал лечебной программы.

1.2. Когнитивный аспект программы.

Особенностью познавательного аспекта программы является его информационная насыщенность и строгие временные рамки лекций и материала тренингов. Лекторы стараются подавать материал в виде беседы с пациентами, используя примеры, наиболее знакомые людям с зависимостью от химических веществ, и метафоры, рассчитанные на их образное мышление.

Это позволяет за достаточно короткий период времени сформировать у пациентов понимание наиболее часто встречающихся как позитивных, так и негативных паттернов поведения, на которые пациенту следует обратить внимание в процессе формирования нового, трезвого, образа мышления и жизни. Во время проведения лекций и тренингов важно не только то, чтобы пациенты понимали, о чем идет разговор, но и активно участвовали в нем. Одновременно в процессе лекций можно не столько прояснять непонятные для пациентов моменты, сколько проводить в этот момент психокоррекцию демонстрируемой ими психологической защиты. Информационный материал формируется в виде блоков, рассказывающих о разных уровнях поражения при болезни за-

висимости от психоактивных веществ. Важно постоянно подключать вновь поступающих пациентов к информационно-познавательному процессу без потери ими смысловых связей между блоками лекций.

Блоки лекций:

- Биологические.
- Психологические.
- Социальные.
- Духовные.
- Об общем подходе к лечению больных зависимостью.
- О проблемах рецидива (срыва).

Учитывая, что вся программа направлена на ориентацию пациентов на прохождение дальнейшей реабилитации в сообществах АА, АН, необходимо сочетать темы занятий, проводящихся консультантами, и лекций. То есть давать информацию об аспектах и уровнях нарушений при алкоголизме и наркомании с точки зрения и специалистов, и сообществ АА, АН.

Информационный материал программы состоит из лекций, составленных специалистами программы (см. Приложение).

На занятиях используются аудиоматериалы – переводы лекций Д. Мартина – руководителя лечебного центра «Эшли», США. Кроме того, учитывая особое воздействие на наркологических больных средств массовой информации, для создания терапевтической атмосферы и повышения мотивации больных к лечению используются специальные видеоматериалы – фильмы и лекции. Эти фильмы демонстрируются пациентам во время занятий социальными работниками (консультантами) программы, и затем совместно обсуждаются.

Программа «Спасательный круг» специально создана для помощи людям с зависимостью от ПАВ (алкоголикам, наркоманам, токсикоманам). Ее особенностью является то, что пациенты приобретают новые навыки общения без отрыва от своей социальной среды, минуя опасный процесс адаптации, с которым они сталкиваются после изоляции в стационаре.

1.3. Организация социальной лечебно-реабилитационной среды.

Для полноты реабилитационного процесса в амбулаторных условиях необходимо учитывать особое построение взаимоотношений между персоналом, и самими пациентами. Важна организация достаточно уровня безопасности и защищенности социально адаптированных, заинтересованных в лечении лиц от проявлений деструкции по отношению к ним со стороны лишь формально мотивированных на лечение пациентов, которые подчас ведут себя провокационно, агрессивно, ис-

пользуя разного рода манипуляции. Суть такой социальной терапии состоит в открытости общения персонала и пациентов и их совместном изучении и решении, возникающих или уже возникших проблем. Пациентов поощряют проявлять инициативу при определении того, как строить собственную жизнь внутри программы. То есть в той или иной степени ответственность за лечебную и социальную работу отделения разделяют с персоналом сами пациенты. Особенно хочется выделить некоторые аспекты так называемой «средовой» или социальной терапии:

- отношение персонала программы к пациентам должно быть уважительным, ровным и благожелательным, независимо от личностных особенностей того или иного пациента;
- в программе «Спасательный круг» больному не ставится диагноз «Ты болен зависимостью», ему предлагается самому сделать выбор, болен ли он или нет. Обычно такой выбор делается пациентами по мере поступления к ним информации о болезни и ее проявлениях, а так же после личностной проработки этой информации на групповой терапии;
- в программе «Спасательный круг» присутствует принцип «открытых дверей» – в любой момент пациент в праве ее покинуть;
- лечение в программе «Спасательный круг» является конфиденциальным, т.е. после прохождения полного курса лечения больной не ставится на учет в наркологическом диспансере с соответствующими социальными ограничениями;
- решение проблем внутри программы «Спасательный круг» осуществляется всем составом персонала и пациентов на общих регулярных собраниях;
- посещение программы «Спасательный круг» волонтерами из сообщества АА/АН для бесед с пациентами программы, что лишний раз демонстрирует состоятельность методики «12-шагов» как достаточно эффективной системы для реабилитации больных зависимостью от ПАВ.

Программа «Спасательный круг» отличается доброжелательным настроем, демократичностью и духом единения всех представителей коллектива и пациентов. Доброжелательное отношение со стороны персонала способствует выражению пациентом своих чувств и соответствующим взаимоотношениям с окружением в достаточно безопасной социотерапевтической обстановке. Такая открытая позиция помогает персоналу и пациентам строить между собой правильные взаимоотношения.

Установление определенных психологических границ между персоналом и пациентами (часто плохо понимающими особенности определенной дистанции в межличностных отношениях с разными людьми, включая отношения «консультант (медицинский персонал) – пациент»), а также, в противовес этому, соблюдение определенных правил, упомянутых выше, для установления максимального психотерапевтического контакта, достаточно сложная задача. Решить ее порой под силу только специалисту, достаточно хорошо владеющему знаниями об особенностях социальных взаимоотношений «консультант (социальный работник) – пациент» в условиях наркологического стационара, о психологических изменениях, возникающих у больных с зависимостью от ПАВ в процессе формирования болезни и реабилитации, и достаточно хорошо ориентирующемуся в своей собственной личности, особенностях своего реагирования и т. д.

Подготовка персонала, занятого в реабилитационном процессе, соответственно, должна включать не только обучающие программы для знакомства с необходимой для работы информацией, но и терапевтические процессы, позволяющие будущему специалисту решить собственные эмоционально-личностные проблемы, что бы они деструктивно не влияли на динамику построения социальных взаимоотношений «консультант (социальный работник) – пациент». Для упрощения таких контактов консультант или представитель персонала оговаривает с каждым пациентом структуру взаимоотношений, например, во время групповой и индивидуальной психокоррекции, социотерапии, лекций и во время общения по организационным моментам работы лечебной программы.

Обычно, по согласованию сторон допустимо обращение друг к другу на «Ты» и по имени в процессе индивидуальных и групповых психокоррекционных и тренинговых занятий, но в остальное время желательно обращение на «Вы» и по имени или отчеству. Для облегчения соблюдения таких договоренностей и персонал программы «Спасательный круг» и пациенты, проходящие в нем лечение, постоянно носят идентификационные карточки, на которых написаны Имя и Отчество человека, а у персонала еще указана и должность.

Правила взаимосвязанности внутри программы для пациентов сведены к минимуму, необходимому для общей безопасности и общего благополучия. Кроме того, что эти правила позволяют пациентам наиболее эффективно и быстро адаптироваться в социальной структуре взаимоотношений внутри программы, они также предупреждают пациентов о недопустимости агрессивного, манипулятивного и провокационного

поведения в отношении как персонала, так и других пациентов. Неукоснительная дисциплина позволяет достичь максимального уровня защиты личности персонала и пациентов от деструктивных форм поведения тех, кто посещает программу под давлением родственников или определенных обстоятельств, и на деле не испытывает желания лечиться.

При активном сопротивлении психокоррекционным занятиям или категорическом отказе от сотрудничества с групповым терапевтом (консультантом) на групповых занятиях такому пациенту предлагается покинуть программу «Спасательный круг».

В соответствии с основными требованиями социальной терапии персонал берет на себя специфическую роль, главные черты которой определяются кругом профессиональных обязанностей участников лечебного коллектива. Но каждый специалист обязательно должен ощущать себя членом команды. Выполняя свои профессиональные обязанности, работникам необходимо исходить из интересов программы в первую очередь. Возникающие в процессе работы ситуации и проблемы межличностного характера должны открыто и честно обсуждаться и разрешаться с участием всех членов коллектива. Однако такой коллективный подход в решении проблем работы программы не должен означать отсутствия персональной ответственности каждого за свой участок работы.

1.4. Особенности работы социального работника (консультанта).

Для работы по ознакомлению пациентов с работой сообщества АА, АН используются специалисты (инструкторы-терапевты): консультанты, социальные работники. Чаще всего это «трезвые алкоголики, наркоманы», прошедшие специальную подготовку, имеющие многолетнюю ремиссию и сами выздоравливающие по программе «12-шагов». У такого инструктора есть определенные преимущества: он обладает опытом преодоления собственного механизма отрицания болезни, ему легче сломать стену вроде бы логичных «объяснений» алкоголизации или наркотизации пациента. Больной алкоголизмом или наркоманией с длительным сроком трезвости, прошедший курс специальной подготовки, может стать хорошим консультантом.

Присутствие такого консультанта-алкоголика (наркомана) оправдывает себя в первичных программах лечения и на первых стадиях становления трезвости пациентов: ведь такой консультант уже имеет опыт прохождения таких же этапов во время собственного восстановления, ему знакомы чувства больного зависимостью человека, каждая его мысль. Он способен отождествлять себя с больным, а больной – себя с ним. Не употребляющий консультант-алкоголик или наркоман может

подсказать пациенту, что ему следует делать в той или иной ситуации, а что не следует.

В процессе терапии пациент касается глубин своего подсознания, своих скрытых мотивов и чувств, что требует точного определения и понимания терапевтом и своих собственных чувств и мотивов, убеждений и интересов, а затем – неустанного и очень четкого избавления пациента от нежелательных негативных сторон личности. Не подготовленный соответствующим образом консультант не обладает таким умением, и в этот период его отождествление с пациентом может лишь помешать, так как собственные проблемы консультанта практически всегда накладываются на проблемы пациента, затрудняя тем самым процесс лечения.

Это не означает, что консультант (социальный работник), занимающийся лечением больных алкоголизмом и наркоманией не должен пытаться понять состояние пациента. Но ему необходимо твердо отказаться принимать болезненную логику пациента. И быть всегда начеку, чтобы находить ловушки и несуразности в болезненных рассуждениях пациента. Ведь самообман алкоголика, наркомана, в конечном счете, не логичен, хотя порой заключает в себе даже философскую глубину. Консультант должен хорошо знать суть алкоголизма и наркомании как болезни и понимать механизм потери контроля над употреблением психоактивного вещества для того, чтобы обратить основное внимание больного на эту зависимость, а не на другие его проблемы.

Давая пациентам рекомендации и задания для ориентации в программе АА, АН консультанту следует отдавать предпочтение слову «предлагаю» вместо «необходимо». Важно учитывать, что способов поддержания трезвости столько же, сколько и людей, членов АА, АН. Основное, что должен делать каждый – всеми силами поддерживать трезвость. Для осознания пациентами принципа духовности программы АА, АН консультант обязан избегать указывать им, что именно они должны делать. Традиция АА, АН гласит, что лучше беседовать с неординарным пациентом корректно, «более тонко», чем давить на него, в том числе обязательствами, что принято в других методах лечения. Желательно предлагать больному те или иные приемы и пути одоления болезни и изменения себя самого, чем принуждать к этому. При этом предложения, которые делает консультант, должны соответствовать тем рекомендациям, которые содержатся в литературе, одобренной сообществом.

1.5. Работа в малых психокоррекционных группах.

Работа в малых группах – один из важнейших элементов лечебно-реабилитационного процесса, имеющий свою четкую структуру.

Консультанты используют десять лечебных факторов, характеризующих процесс групповой терапии: ⁷⁴

1. Сплоченность.
2. Внушение надежды.
3. Обобщение.
4. Альтруизм.
5. Предоставление информации.
6. Множественный перенос.
7. Межличностное обучение.
8. Развитие межличностных умений.
9. Имитирующее поведение.
10. Катарсис.

Все эти факторы характерны и для групп сообщества АА, АН, работающих по программе «12-шагов».

1. Сплоченность способствует достижению успеха в процессе реабилитации в условиях группы, так как алкоголик в одиночестве практически не в состоянии справиться со своим заболеванием и, таким образом, нуждается в помощи себе подобных. Отсутствие сплоченности естественно приведет к распаду группы, вследствие чего значительно уменьшится терапевтический эффект. Сплоченность сообщества, как основной принцип существования групп АА, АН и «выздоровления» больных, оговорен в «12-традициях» АА, АН, где основополагающей по этому поводу следует считать Первую традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА, АН».

2. Внушение надежды – это закрепление веры в успешность выздоровления по системе АА, АН и надежды на достижение благополучия. Эти психологические факторы уже сами по себе оказывают психокоррекционное воздействие, тем более, если они подкреплены живыми примерами – рассказами успешных членов сообщества, тех, кто долго сохраняют трезвость и благополучны. Как правило, эти люди говорят новичкам: «Хочешь быть таким же, как я – ходи на группы, работай по программе, как я, и все у тебя получится». Вера в успех – это очень важный фактор эффективности данной программы.

3. Обобщение. Многие аддиктивные больные считают свои личные проблемы уникальными, но, приходя в группу, они узнают, что другие

⁷⁴ Браун, Д. Педлер Д. Введение в психотерапию: принципы и практика психодинамики. М. Класс. 1998 г.

люди имеют похожие проблемы, также испытывают чувство неполноценности и межличностное отчуждение. Когда человек понимает, что он со своим несчастьем не уникален, но и не одинок, он оказывается в состоянии принять помощь от других людей – как внутри программы, так и вне ее, что, несомненно, облегчает становление процесса восстановления. Кроме того, некоторые пациенты, обнаружив какие-либо трудности, «приносят» их для проработки в группы, а так же в процессе общения с другими членами группы находят у себя еще ряд проблем, мешающих реабилитации, но до прихода в группу «не определенных» и не осознанных.

4. Альтруизм – ощущение взаимной необходимости – как старожилы сообщества АА, АН, так и новичков – оказывает эффективное терапевтическое действие. Не является секретом тот факт, что если в группу не привлекаются новые, «свежие» алкоголики, наркоманы, требующие поддержки, то группа может быстро прекратить реальную активность, что, в свою очередь, может привести к учащению срывов даже у тех, кто долго сохраняет трезвость. Поэтому альтруизм – это важный элемент взаимодействия членов групп АА, АН, без него невозможно личное выздоровление.

5. Предоставление информации – это возможность и необходимость обмена членов групп информацией относительно способов преодоления тех или иных проблем, существующих в жизни больного зависимостью, так как трудности большинства больных имеют большое сходство. Могут быть общими также способы «продвижения» по программе, приемы работы по отдельным «шагам», «традициям» и «лозунгам», а также во многих других аспектах восстановления. Для подобного обмена информацией определяются темы для обсуждения на группах, которые либо выбираются большинством участников «встречи», либо планируются заранее.

6. Множественный перенос. Отношения, которые складываются между участниками группы с течением времени становятся похожими на формы общения человека со своими близкими. В группе больной начинает проявлять те же паттерны поведения, что и, например, в семье. Неконструктивные тенденции взаимодействия могут обнаружиться в том случае, когда зависимый от ПАВ человек испытывает излишнюю привязанность или проявляет агрессию по отношению к группе или отдельным ее членам. По мере прохождения определенных этапов восстановления по программе и работы в группе, эти тенденции подвергаются групповой и индивидуальной рациональной и реалистичной оценке,

что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов, межличностному общению пациента и окружающих его людей, как на собраниях групп, так и вне них.

7. Межличностное обучение. В группах АА, АН каждый из участников исследует испытываемые им положительные и отрицательные эмоции, апробирует новые способы поведения среди «трезвых алкоголиков, чистых наркоманов», что в дальнейшем позволяет ему перенести многие из этих действий и суждений на жизнь вне группы – для установления полноценных личностных связей с окружающими людьми. Без подобного обучения посещение собраний АА, АН не приносило бы того результата, который дает эта программа, т. е. не достигалась бы полная адаптация пациентов с зависимостью от ПАВ к жизни в существующем социуме, имеющем свои как положительные, так и отрицательные стороны.

8. Развитие межличностных умений. В процессе работы в группе пациенты совершенствуют свое умение общаться. Человек, до прихода в группу с трудом выражавший свои мысли, в процессе группового общения научается говорить коротко, ясно, понятно и правильно расставлять смысловые акценты в речи. Несомненно, одним из факторов обеспечения подобного эффекта является, в первую очередь, наличие «обратной связи» в процессе общения в группах. Важную роль здесь так же играет необходимость соблюдения ритуалов: представление и «проговаривание» (донесение) пациентом своих мыслей по теме, разбираемой на группе.

9. Имитирующее поведение. Некоторые люди, приходящие в программу, не имеют навыков трезвого поведения. Для начала им предлагается «копировать», т. е. имитировать поведение успешно работающих по программе членов сообщества с целью получения конструктивного опыта трезвой жизни. Новичкам рекомендуется пользоваться лозунгами – «формулами» программы в качестве готового способа преодоления сложных или неожиданно возникших ситуаций, способных стать причиной срыва. Постепенно они аккумулируют положительный опыт других людей, посещающих АА, АН для преодоления тех или иных трудностей, и у них появляется масса образцов поведения. В дальнейшем «выздоровливающий» оказывается в состоянии экспериментировать, самостоятельно используя весь имеющийся у себя арсенал проработанных на группах форм адекватного поведения, в повседневной жизни. Такая «технология» позволяет наиболее быстро добиться социальной реабилитации.

10. Катарсис. Проработка в группах «неприемлемой» потребности в алкоголизации, наркотизации, сосредоточение внимания на ранее не вскрытых не проанализированных эмоциях – таких, как чувство вины или враждебности, приводит к психологическому очищению, облегчению и освобождению. Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, проявляющуюся в усилении сплоченности группы в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем, полном эмпатии окружении.

Таким образом, мы видим, что все перечисленные выше 10 факторов эффективного психокоррекционного воздействия характерны для программы реабилитации по системе «12-шагов».

Групповая помощь является одним из лучших средств решения человеком с зависимостью от ПАВ своих алкогольных, наркотических или других – личностных проблем на первых этапах восстановления трезвости. Группа помогает формировать ему адекватное самосознание, разрушать механизм самообмана, создавать новую самоидентификацию и подкреплять мотивацию его трезвости. Ведь основная часть программы «12-шагов» направлена именно на такое распознавание самого себя аддиктивным больным, и большинству зависимых этого оказывается вполне достаточно, чтобы выйти на достаточно высокий уровень самооценки.

1.6. Индивидуальная работа с пациентами.

Непонимание пациентом основных понятий программы «12-шагов» и нежелание работать по ней может быть следствием действия механизмов психологической защиты. Необходимо объяснить пациенту, что защитные механизмы это термин, которым обычно объясняют наличие у людей трудностей в принятии определенных норм, условий, связанных с личным самоограничением.⁷⁵

Корни различных видов психологической защиты заключаются в том, что принятие какого-либо ограничения является достаточно часто очень неприятным. Оно обижает, причиняет страдания, и, таким образом, для личности нормально с помощью отрицания защищать свое я от душевной боли, от чувства беспокойства, гнева, стыда, печали, несоответствия общим стандартам или вины. Все эти эмоции обычно неприятны, тягостны для человека, и у любого может возникнуть желание избежать их. Принятие своей болезни – алкоголизма или наркомании – подобно

⁷⁵ Валентик Ю. В. Мишени психотерапии при алкоголизме. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н. Н. Иванца. М6 РБФ НАН – 1995 г. стр. 36

принятию любого ограничения вызывает ответную защитную реакцию.

Наиболее часто можно наблюдать у пациентов следующие механизмы защиты и уходы от работы по программе «12-шагов»:

- отказ видеть реальные факты;
- отказ исследовать свою личную историю развития болезни;
- отказ от поиска фактов, подтверждающих наличие у себя отрицательных последствий потребления ПАВ;
- отказ видеть очевидный рост индивидуальной толерантности;
- отказ от посещения встреч АА\АН;
- стремление к минимизации фактов: преуменьшаются отрицательные последствия пьянства, потребления наркотиков, толерантность и т. д.;
- избегание («уход») от активной работы, которое может проявляется в виде чрезмерной «сонливости» на занятиях, стремления к социальной изоляции или в виде элементов компульсивного поведения;
- стремление к преувеличению уровня или последствий использования алкоголя, ПАВ другими людьми, чтобы представить «нормальным» собственное употребление (отождествление себя с «нормой»);
- обвинение кого-либо или чего-либо в провоцировании выпивок, потребления или поиск аргументов для оправдания – выпивки, употребления ПАВ вместо принятия того факта, что ответственность за употребление ПАВ лежит на нем;
- «совершение сделки»: попытка ограничивать себя, «управлять» потреблением, контролируя количество или тип используемого ПАВ или частоту его использования. Сделка – это тайная вера в то, что можно быть алкоголиком или наркоманом, который может научиться «умеренно» пить, употреблять и управлять употреблением ПАВ;
- рационализация: поиск и придумывание «хороших» причин для употребления ПАВ (обычно тех, которые вызывают сочувствие у окружающих) с целью оправдания своего злоупотребления.

Консультанту, так же как и психологу, необходимо уметь работать с пациентами над проявившимися у них защитными механизмами, которые они используют для непринятия факта своего бессилия перед алкоголем, наркотиком и ухода от необходимого отказа от приема алкоголя, наркотика, так как такая работа является необходимым условием для достижения лечебного эффекта.

1.7 Работа с семьей.

Учитывая существенное влияние близких пациента на создание определенной системы социальных взаимоотношений внутри семьи, консультанты уделяют большое внимание разбору внутрисемейных про-

блем, как с самими пациентами, так и с их родными. Разбор семейной структуры во время реабилитации осуществляется на лекциях: «Игра: «Алкоголик (Наркоман)»» и «Семейные аспекты при химической зависимости».⁷⁶

Основная задача информации, подаваемой на этих лекциях, помочь пациентам определить приоритеты в дальнейшем восстановлении. Соответственно, если пациент направляет усилия на становление трезвого образа жизни, не учитывая возможную заинтересованность в этом членов своей семьи, он, скорее всего, не будет испытывать эмоциональное потрясение в период становления ремиссии, осознав, что его личная трезвость и нормализация жизни родственникам обычно неинтересны. Проработка подобных ситуаций часто осуществляется и на сеансах групповой психокоррекции. Разбор на группах проблем, возникших в результате взаимодействия пациентов с родными и близкими в новых для них всех условиях, помогает больным зависимостью в дальнейшем более адекватно строить отношения с родными и реагировать на возникающие в связи с таким внутрисемейным общением, стрессы.

Кроме работы с пациентами по осознанию влияния на их дальнейшее восстановление сформировавшейся зависимой семейной системы, специалисты программы «Спасательный круг» пытаются привлечь к консультативной работе и родственников пациентов, проходящих лечение. Порой задача привлечения родственников пациентов к вышеназванной работе является достаточно сложной. Несмотря на все объяснения и договоренности со специалистами программы большинство родных пациентов все же избегают ходить на консультации и не пытаются получить информацию о том, какова их роль в процессе восстановления от болезни зависимости их близкого. К сожалению, в рамках государственной системы здравоохранения невозможно использовать какие-либо методы воздействия на родственников пациентов для их привлечения к указанным мероприятиям.

Однако, несмотря на указанные выше проблемы, следует четко доносить до родственников пациента мысль, что результат лечения во многом зависит так же и от соблюдения ими – его родными – определенных правил поведения как в период амбулаторного лечения, так и при последующем восстановлении больного. Если же родные пациента не будут посещать консультации и соответственно, не соблюдать определенные правила общения, то, скорее всего, все успехи, достигнутые пациентами

⁷⁶ Ялом и. Д. Теория и практика групповой психотерапии. СПб: Питер-2000 г. стр. 61.

во время лечения в программе, в послелечебный период будут сведены на нет в основном по вышеуказанным причинам (несоблюдения близкими правил общения с больным человеком).

Основная работа с родственниками больных с зависимостью от ПАВ ведется сотрудниками программы по двум направлениям:

- Использование информационного материала. Цикл лекций состоит из двух информационных двухчасовых блоков, объединенных общей тематикой. Один из двухчасовых информационных блоков посвящен теме био-психо-социальных нарушений, которые происходят у больных с зависимостью от ПАВ в процессе развития их заболевания.
- Второй блок направлен на донесение до родных и близких больных зависимостью от ПАВ основ знаний о нарушениях в социальной системе, в которой существуют как сами больные, так и их родственники и друзья. Огромное внимание уделяется тем аспектам, которые могут помочь близким больных алкоголизмом или наркоманией конструктивно изменить сложившуюся патологическую социальную систему. Кроме этого во втором часе данного блока рассказывается о системе поддержки близких больных зависимостью от ПАВ, которая осуществляется в рамках групп самопомощи Ал-Анон и Нар-Анон.

Индивидуальная и групповая консультативная или психокоррекционная работа с родственниками пациентов. Она ведется по тем же принципам, что и подобная работа с пациентами программы (описано выше). Цель данной работы: помочь членам семьи алкоголика или наркомана получить навык адекватно ограждать себя от патологического воздействия на их личность проявлений болезни зависимого от ПАВ человека, а так же наработать способы конструктивного изменения патологической системы семейных взаимоотношений, особенно в плане личного участия в ней.

Если члены семьи пациента отделения участвуют в вышеуказанных программах для родственников больных зависимостью от психоактивных веществ, прогноз эффективности лечения более благоприятный.

1.8. Заключительный этап.

На этом этапе идет завершение работы, подведение ее итогов и предоставление рекомендаций для дальнейшего лечения и восстановления пациента. Здесь мы используем следующие технические приемы: совет, директива и резюме.⁷⁷

Совет обычно выглядит, как пожелание, общие рекомендации кон-

⁷⁷ Ялом и. Д. Теория и практика групповой психотерапии. СПб: Питер-2000 г стр. 67–68.

сультанта пациенту о том, что он должен делать после завершения курса амбулаторного лечения. Желательно очертить перспективу последствий, которые могут возникнуть в жизни больного зависимостью, если он не будет дальше заниматься своим восстановлением и не придерживаться, полученных в процессе лечения рекомендаций. Совет должен даваться только в том случае, если пациент настаивает на нем или же непротив его выслушать. Ни в коем случае совет не следует навязывать пациенту.

Директива мало чем отличается от совета, особенно в плане технологии ее подачи и ограничений в использовании. Однако директива доносится до пациента более жестко и прямолинейно.

Резюме подводит итог проведенной работы. В нем оговариваются результаты, которых удалось добиться пациенту за период лечения, предлагаются возможные способы использования достигнутых результатов для использования их в послелечебный период, в том числе и для продолжения восстановления в сообществе АА\АН. Кроме того, при подведении резюме лечения консультант должен обязательно сказать пациенту о тех проблемах, которые не удалось решить за время прохождения лечения в программе стационара и как их можно решить в дальнейшем.

Хорошо проведенная индивидуальная работа может значительно улучшить процесс восстановления пациента, как во время лечения, так и после него.

Курс лечения можно считать успешным, если пациент и его родственники ясно понимают главные цели сообщества АА\АН:

- избегать принятия первой рюмки, первой дозы;
- не думать о том, чтобы бросить пить, потреблять навсегда, сосредотачиваться на поддержании трезвости только в течение одного дня;
- АА\АН не надеется на достижение совершенства: «постоянный прогресс более важен, чем совершенство».

На основании вышесказанного можно выделить несколько главных целей терапевтического воздействия с использованием «философии» Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов, на которых акцентируют внимание пациентов консультанты программы:

- принятие пациентами того факта, что они страдают от хронической и прогрессирующей болезни – алкоголизма или наркомании;
- принятие пациентами того факта, что они окончательно потеряли способность управлять и контролировать количество потребляемого ПАВ;
- принятие пациентами того факта, что нет никакого способа лечения от алкоголизма и наркомании, при котором можно научиться «пить,

употреблять наркотики как все», а единственная возможность жить полноценной, содержательной жизнью – полный отказ от употребления психоактивных веществ;

- осознание пациентами того, что надежда на восстановление (стабильную трезвость) может реализоваться только через принятие факта необратимой потери контроля над потреблением алкоголя, наркотика и при наличии веры в то, что «сила, более могущественная, чем мы сами» может помочь личности, чья собственная сила воли была побеждена зависимостью;
- осознание пациентом того, что сообщество АА, АН помогло миллионам больных поддерживать трезвость и, что наилучшие возможности на успех у пациента возникнут, если он пойдет по пути АА, АН.

Ориентируясь на эти цели терапевтического воздействия, консультант может помочь пациенту достигнуть следующих результатов:

- понять точку зрения на алкоголизм, наркоманию как хроническое, прогрессивное и смертельное заболевание, которое не может быть излечено, но которое может быть «остановлено» на то время, пока человек, им страдающий, следует рекомендациям, основанным на опыте других больных;
- узнать принципы работы АА, АН: как найти группы, какие существуют виды групп, как работать со «спонсором» и т. д.;
- достигнуть понимания ключевых моментов концепции АА\АН, типа – необратимой потери контроля над алкоголем, наркотиком, значения и смысла многих из лозунгов АА, АН;
- научиться использовать приемы АА, АН в качестве ресурса поддержания трезвости.

Например, используемые примеры стратегии преодоления тяги и борьбы со срывами, предлагаемые в рамках лечебной программы консультантами или другими специалистами, должны быть адекватны рекомендациям АА, АН по этим проблемам:

- обращение к знакомым – членам АА, АН;
- посещение собрания;
- участие в социальных мероприятиях АА, АН;
- обращение к своему «спонсору»;
- обращение к экстренной связи АА, АН («телефонное право»);
- изменение стереотипов поведения;
- отвлекающее поведение;
- чтение «молитвы» АА, АН и ее разбор.

Консультантам необходимо уметь объяснять пациентам важность соблюдения правил работы сообщества АА, АН и принципов взаимодействия с более опытными в восстановлении его членами в рамках «спонсорства» для наиболее эффективного и безболезненного для психики больного восстановления от зависимости.

Консультантам часто приходится помогать решать пациентам их проблемы, связанные с социальным функционированием больного зависимостью человека в постлечебный период:

- восстановление взаимоотношений в семье;
- восстановление отношений с сотрудниками или руководством на работе;
- поиск нового рабочего места;
- построение новых отношений с собутыльниками или лицами, провоцирующими или поощряющими потребление алкоголя, наркотиков;
- решение проблем, связанных с социальным обустройством жизни пациента и т. д.⁷⁸

Помощь консультантов в решении таких проблем пациента программы «Спасательный круг» не должна осуществляться напрямую, т. е. консультант не должен делать что-либо для нормализации жизни больного зависимостью самостоятельно. Консультант должен оказывать только лишь психологическую поддержку и консультативную помощь пациенту, для осуществления им самостоятельных действий по улучшению своей жизни.

Если консультант (социальный работник) решит какую-либо проблему пациента без его непосредственного участия, т. е. за него самого, то, скорее всего, он спровоцирует у больного иждивенческие тенденции и тем самым лишит пациента возможности приобрести свой собственный опыт решения подобных проблем. Такая ситуация может значительно затруднить восстановление пациента от зависимости в будущем. Кроме того, консультанту желательно рассматривать специфические социальные проблемы пациента с точки зрения методологии сообщества, используя лозунги и поговорки программы, а так же литературу, рекомендованную Анонимными алкоголиками и Анонимными наркоманами к чтению (библиотерапия).

Таким образом, специально подготовленная программа, состоящая из взаимосвязанных и взаимозависимых элементов и требующая высо-

⁷⁸ Батищев В. В. Негриш Н. В. Программа психотерапии и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Программа «РЕШЕНИЕ»: теория и практика. М.2001 стр. 86.

коквалифицированной работы персонала может оказать существенную помощь химически зависимым (алкоголикам, наркоманам, токсикоманам), научить их жить счастливо чистыми и трезвыми не употребляя психоактивные вещества, изменяющие сознание.

1.9. Проблемы и перспективы программы.

Существует ряд определенных ниже перечисленных трудностей в организации и внедрении медико-социальной помощи химически зависимым (алкоголикам, наркоманам, токсикоманам) в Российской Федерации.

Организационные проблемы:

1. отсутствие внятных и адекватных положений по организации подразделений для оказания программной психокоррекционной и реабилитационной помощи;

2. отсутствие результатов при бездумном переносе западных моделей в Россию;

3. непринятие и непонимание «12-шаговых» программ как части реабилитационного процесса и т. д.

Организационно-методические проблемы:

1. отсутствие правильного понимания принципов формирования и функционирования комплексных, а также психокоррекционных и реабилитационных программ для наркологических больных;

2. отсутствие понимания возможности использования в лечебно-реабилитационном процессе психологов и социальных работников (консультантов);

3. отсутствие адекватных, отвечающих реальной ситуации, положений о социальных работниках (консультантов) и специалистов по социальной работе в наркологии;

4. отсутствие системы подготовки специалистов для психокоррекционной и реабилитационной работы;

5. отсутствие понимания того, как индивидуализировать процесс лечения пациентов в рамках единой программы без нанесения ущерба всему лечебному процессу;

Кадровые проблемы:

1. непонимание врачами-наркологами особенностей не медикаментозного ведения больных и бессмысленности проведения психотерапии на фоне приема психоактивных веществ; непонимание и незнание психологических и социальных (часто и биологических) особенностей проявления зависимости; незнание основ психотерапии и реабилитации; «святая» вера в помощь «таблетки» и т. д.;

2. незнание психологами особенностей психологических и социальных нарушений у больных с зависимостью;

3. непонимание причин отсутствия эффекта при использовании стандартных психологических подходов по решению проблем у больных наркоманией;

4. непонимание причин запрета потребления ПАВ в процессе терапии; непонимание термина «болезнь», а так же вера в возможность контроля над потреблением ПАВ и т. д.;

5. низкий уровень специальных знаний у консультантов и их склонность к чрезмерной самооценке.

Проблемы, связанные с личностными особенностями специалистов:

1. отсутствие способностей к психотерапевтической и реабилитационной работе с наркологическими больными;

2. проявления «созависимости», «манипулятивности» и т. п.;

3. неприятие новых или иных подходов к реабилитации больных зависимостью;

4. неумение справляться с контрпереносом.

Проблемы, связанные с методологией:

1. отсутствие необходимого опыта, знаний у специалистов по реабилитации, зависимых от ПАВ лиц (нужна специальная подготовка от 3-х до 7-ми лет);

2. восприятие специалистами проявлений неосознаваемых механизмов защиты психики у пациентов, как сознательных актов сопротивления лечению и т. д.

Попытки формирования монодисциплинарных психотерапевтических и реабилитационных коллективов только из врачей, психологов или консультантов, что может привести к формированию закрытых систем и, как следствие, склонности к догматизму, нетерпимости к другим специалистам, низкой эффективности работы и пр.

Если начать целенаправленно решать перечисленные проблемы, то появится положительная динамика в развитии психотерапевтических и реабилитационных программ и методик уже в ближайшие годы.

Данные работы амбулаторной программы «Спасательный круг» показали определенную практическую значимость Миннесотской модели организации реабилитационной помощи и возможность внедрения ее в систему наркологической службы для лечения и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Более широкое внедрение адаптированной программы, использующей в своей структуре методологию «12-шагов», и ее модификации в стационарную наркологическую по-

мощь Российской Федерации, может обеспечить население страны, адекватной по объёму и качеству специализированной помощью. Кроме того, последующее направление пациентов для дальнейшей адаптации и восстановления в группы самопомощи (АА, АН) значительно улучшит прогноз становления у них ремиссии.

Однако, как указывают специалисты, на пути становления психокоррекционных и реабилитационных программ для наркологических больных в России ожидается довольно много проблем, которые, если к ним относиться несерьёзно, могут все усилия энтузиастов, горячо болеющих за свое дело, свести на нет.⁷⁹ В заключении хочется сказать, что маленькая команда «Спасательного круга» эффективно помогает своим пациентам отказаться от употребления психоактивных веществ и вернуться к нормальной жизни.

Глава 2.

Материалы амбулаторной программы «Спасательный круг».

2.1. Соглашение «Спасательный круг».

СОГЛАШЕНИЕ

« _____ » _____ 20__ г.

Амбулаторная реабилитационная программа «Спасательный круг»
в лице _____

_____ и клиента программы (Ф. И.О.) _____

_____ заключили соглашение о следующем:

1. Программа «Спасательный круг» предоставляет клиенту:

1. лекционные занятия по биологическим, психологическим и социальным аспектам химической зависимости (алкогольная и/или наркотическая зависимость) и зависимости от азартных игр (гемблинг),
2. групповую психокоррекцию,
3. индивидуальное консультирование,
4. индивидуальное консультирование и лекционные занятия для родственников клиента,

⁷⁹ В.В. Батищев. «Проблемы развития психотерапевтических и реабилитационных программ для наркологических больных в России», материалы 1-й Московской научно-практической конференции по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии (29 ноября 2001 г.) стр. 12.

5. информацию о Московских, Подмосковных группах взаимопомощи (А. А., А. Н., А. И., Ал-Анон, Нар-Анон, И-Анон).

2. В период прохождения курса реабилитации в программе «Спасательный круг» клиент обязуется:

1. Отказаться от употребления любых веществ, изменяющих сознание, включая медикаменты, а также не посещать игровые заведения.

2. Участвовать во всех занятиях, указанных в расписании. Посещать лечебные мероприятия без пропусков и опозданий. (Освобождение от занятий возможно только по согласованию с сотрудником программы.)

3. Выполнять задания и рекомендации сотрудников программы.

4. Уважительно относиться к клиентам и персоналу. Отказаться от критики и сплетен в отношении других клиентов программы, не нарушать анонимность и конфиденциальность.

5. Бережно относиться к учебным материалам, методическим пособиям и имуществу реабилитационного центра, а в случае их порчи по вине клиента, полностью возмещать их стоимость.

6. Воздерживаться от споров по политическим, национальным, религиозным, спортивным, сексуальным и деловым вопросам на занятиях.

7. Курить только в отведенных местах (на улице).

8. Не пользоваться сотовыми телефонами во время занятий (в т. ч. в перерывах).

9. Не просить в долг и не давать займы клиентам программы деньги и драгоценности. Уклоняться от предложений о совместной коммерческой деятельности и самому не строить и не предлагать никаких бизнес-планов во время прохождения реабилитации в программе.

3. В период прохождения курса лечения категорически запрещается:

1. Находиться на занятиях амбулаторной программы в нетрезвом виде и приносить или способствовать проносу любых веществ, изменяющих сознание.

ПРИМЕЧАНИЕ: в случае назначения клиенту каких-либо медикаментов, он должен известить об этом сотрудников программы.

2. Приносить (в том числе, если есть разрешение) оружие любого вида.

3. Демонстрировать любые формы насилия, оскорбления, угрозы.

4. Вступать в романтические и сексуальные отношения с другими клиентами программы.

ВНИМАНИЕ!

Выписка из программы в случае нарушения правил может последовать незамедлительно.

Персонал программы имеет право по собственному усмотрению направить клиента на экспертизу относительно употребления психоактивных веществ. Отказ клиента от экспертизы рассматривается как признание факта употребления.

На начало реабилитации предлагается иметь не менее 10 суток трезвости, чистоты и не игры.

Выпиской из программы может послужить отсутствие на занятиях без уважительной причины в количестве 1-го раза, по уважительной причине не более 3-х раз, опоздание на занятия не более 5-ти раз.

После выписки повторное прохождение программы возможно не ранее чем через три месяца.

Персонал амбулаторной реабилитационной программы «Спасательный круг» берет на себя следующие обязательства:

1. Обеспечить клиента достоверной, проверенной, научно-обоснованной информацией, необходимой для выздоровления, и квалифицированной психокоррекционной помощью.

2. Исключить во время посещения занятий клиентом ущемление его прав со стороны других клиентов или персонала.

3. Уважительно относиться к выбору клиента в отношении выздоровления. В случае твердого решения клиента прервать курс реабилитации исключить любое давление со стороны персонала программы.

4. Соблюдать конфиденциальность, не разглашать информацию личного характера о клиенте.

Программа «Спасательный круг» предоставляет необходимые средства, но не гарантирует выздоровление. Решающим фактором выздоровления является активное желание клиента сотрудничать с персоналом программы, выполнять задания и рекомендации реабилитационной программы и работать над своим собственным выздоровлением.

ПОДПИСИ СТОРОН

С правилами данной реабилитационной программы ознакомлен (а) и согласен (на):

ФИО клиента _____ подпись _____

ФИО сотрудника программы _____ подпись _____

Имя _____ Дата _____

2.2. Анкета приема программы «Спасательный круг».

Имя, фамилия _____ Дата рождения _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____

Адрес _____

Телефон _____

Семейное положение _____ Дети _____

Ближайшие родственники (родители, братья, сестры, жен/муж) _____

С кем живет _____

Образование _____ Профессия _____

Работа _____

Причина обращения _____

ПРОБЛЕМА (алкогольная, наркотическая, игровая) _____

Данные о симптомах зависимости от ПАВ, игры (в порядке формирования)

1) _____

(ПАВ, азартная игра)

Возраст, когда впервые попробовал _____

Дата последнего случая _____

(предпочтительные ПАВ, игра, как долго, как часто, способ и т. п.)

2) _____

(ПАВ, азартная игра)

Возраст, когда впервые попробовал _____

Дата последнего случая _____

(предпочтительные ПАВ, игра, как долго, как часто, способ и т. п.)

3) _____

(ПАВ, азартная игра)

Возраст, когда впервые попробовал _____

Дата последнего случая _____

(предпочтительные ПАВ, игра, как долго, как часто, способ и т. п.)

ругие способы изменения сознания _____

Для химической зависимости:

Толерантность _____ Абстинентный синдром _____

Употребление большего количества, чем намеревался _____

Потеря контроля _____

Проблемы, связанные с употреблением химических веществ, игрой:

супружеские _____ с друзьями _____ по службе _____

духовные _____ социальные _____ с законом _____

сексуальные _____ в семье _____ с образованием _____

Предыдущие попытки лечения (где, когда, какие результаты) _____

Семейная консультация _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПАЦИЕНТЕ.

(Мнение сотрудника, который проводил опрос).

Мотивация на лечение внешняя и (или) внутренняя? Пояснить.

Сильные стороны характера, на которые можно опираться в лечении:

Слабые стороны характера, которые могут создать трудности в лечении:

Проблемы (цели лечения):

Дата _____ Подпись сотрудника _____ / _____

2.3 План работы в программе «Спасательный круг».

Амбулаторная реабилитационная программа «Спасательный круг».

ПАЦИЕНТ _____ МОНИТОР _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____

ПЛАН РАБОТЫ В ПРОГРАММЕ:

1. Осознание и принятие зависимости как болезни.

№№	ЗАДАНИЯ	ВЫПОЛНЕНИЕ
	Чтение литературы:	
	Записать и рассказать на группе Первый Шаг: · 10 плюсов и 10 минусов зависимости; · примеры неуправляемости; · примеры бессилия; · историю своей болезни.	
	Записать и рассказать на группе Второй Шаг.	
	Записать и рассказать на группе Третий Шаг.	

2. Осознание чувств и овладение навыками их выражения.

№№	ЗАДАНИЯ	ВЫПОЛНЕНИЕ
	Письменный и устный анализ чувств.	

3. Исследование и принятие собственной личности.

№№	ЗАДАНИЯ	ВЫПОЛНЕНИЕ

4. Облегчение эмоциональной боли.

№№	ЗАДАНИЯ	ВЫПОЛНЕНИЕ

5. Постлечебная поддержка.

№№	ЗАДАНИЯ	ВЫПОЛНЕНИЕ
	Написать и обсудить на группе свои границы. Составить и обсудить на группе послелечебный план.	

С планом согласен _____ (подпись)

2.4 Бланк анкеты «История зависимости от алкоголя, наркотиков и азартных игр».

Программа «Спасательный круг».

История зависимости от алкоголя наркотиков и азартных игр.

Предлагается возможное направление для работы по составлению истории зависимости.

1. ДЕТСТВО.

Дом, семья.

Опиши, как относились к алкоголю и другим препаратам, изменяющим настроение, твои близкие и, если помнишь, упомяни, употреблял (а) ли ты когда-нибудь алкоголь и/или наркотики, играл ли в азартные игры будучи ребенком.

Школа, друзья.

Опиши, как изменилось отношение к алкоголю и наркотикам, азартным играм у твоих близких и были ли у тебя случаи употребления алкоголя и/или наркотиков, участия в азартных играх в этот период твоей жизни.

2. ЮНОШЕСТВО.

Старшие классы школы, учеба в техникуме, институте, служба в армии. Опиши, каким было твое употребление алкоголя и/или наркотиков, увлечение азартными играми в этот период:

- Как много ты употреблял, играл?
 - Как часто ты употреблял, играл?
 - Что алкоголь и/или наркотики, игра ПОЗВОЛЯЛИ ДЕЛАТЬ и или ощущать, что не удавалось в обычном состоянии; каким (какой) ты становился (лась), употребив алкоголь/наркотики, играя, но не мог (ла) быть таким (такой) в трезвом состоянии.
 - Каковы были последствия?
-
-

- Что алкоголь и/или наркотик, игра ПОМОГАЛИ ПЕРЕСТАТЬ ДЕЛАТЬ или ОЩУЩАТЬ из того, что делал (а) и ощущал (а) в трезвости? Каким ты себя чувствовал (а), приняв алкоголь и/или наркотики, но не чувствовал (а) трезвым и «чистым»?
 - Каковы были последствия?
-
-

3. ВЗРОСЛАЯ ЖИЗНЬ.

ВЛИЯНИЕ ЗАВИСИМОСТИ НА РАБОТУ.

Опиши влияние алкоголя и/или наркотиков, игры на твою работу:

- Что позволяли тебе делать и/или каким позволяли себя ощущать алкоголь и/или наркотики, игра, чего не удавалось в трезвом состоянии?
 - Что позволяли тебе алкоголь и/или наркотики, игра ПРЕКРАТИТЬ делать из того, что ты делал (а) трезвым (ой)? Каким ты себя чувствовал (А), приняв алкоголь и/или наркотики, играя, чего не чувствовал (а) трезвым (ой) и «чистым (ой)»?
 - Какими были последствия?
-
-

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЗАВИСИМОСТИ НА ТВОИ ОТНОШЕНИЯ С ЛЮДЬМИ.

Опиши влияние употребления алкоголя/наркотиков, игры на твои взаимоотношения:

- Влиял ли алкоголь/наркотики, игра на вашу близость таким образом, что позволяли тебе делать то, что ты не мог (ла) делать трезвым (трезвой) или чувствовать себя таким (такой), каким (какой) не удавалось в трезвости?
- Что позволял тебе алкоголь и/или наркотики, игра ПРЕКРАТИТЬ де-

лать из того, что делал (а) трезвым (ой)? Каким ты себя чувствовал (А), приняв алкоголь и/или наркотики, играя, но не чувствовал без них?

- Какими были последствия?
-
-

ЧТО Я ИСПОЛЬЗОВАЛ (А) ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ УБЕДИТЬ СЕБЯ В ТЕХ ВОЗМОЖНОСТЯХ, КАКИЕ МНЕ ДАЮТ АЛКОГОЛЬ ИЛИ ДРУГИЕ НАРКОТИКИ, ИГРА? ЧТО С ИХ ПОМОЩЬЮ Я ХОТЕЛ (А) ДЕЛАТЬ? КАКИМ (КАКОЙ) ХОТЕЛ (А) СТАНОВИТЬСЯ?

ЧТО Я ПРИМЕНЯЛ (А) ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ УБЕДИТЬ СЕБЯ В ТОМ, ЧТО АЛКОГОЛЬ И/ИЛИ ДРУГИЕ НАРКОТИКИ, ИГРА ПОЗВОЛЯЮТ МНЕ ИЗБЕЖАТЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ НЕПРИЯТНОСТЕЙ ИЛИ СПРАВИТЬСЯ С НИМИ?

2.5 Подготовка к Первому шагу.

Амбулаторная реабилитационная программа «Спасательный круг».

Первый шаг.

Первый Шаг Анонимных Алкоголиков: «Мы признали свое бессилие перед алкоголем, и что наши жизни стали неуправляемыми».

Первый Шаг Анонимных Наркоманов: «Мы признали свое бессилие перед наркоманией, и что наши жизни стали неуправляемыми».

Прочитайте следующее:

- Первый Шаг в книге «12-шагов» и «12-традиций» АА.
- Первый Шаг в книге «Анонимные Наркоманы».
- Книгу «Анонимные Алкоголики» до страницы 30.

Подготовка к Первому Шагу предназначена для того, чтобы вы получили возможность детально определить как повлияла алкогольная/химическая зависимость на все важнейшие сферы жизни. Это сложное задание и болезненная работа. Наградой будет выздоровление, которое включает в себя эту необходимую боль.

Разбирая каждую категорию, начинайте с первого раза, когда алкоголь/другие наркотические вещества нарушали гармонию вашей жизни. Ожидается, что вы напишете конкретные болезненные примеры того, как

употребление химических веществ приводило к жизненным проблемам.

Первый Шаг означает, что нам не надо употреблять и это великое освобождение. Некоторым из нас понадобилось время на то, чтобы осознать, что наши жизни стали неуправляемыми. Для других, неуправляемость жизни была единственным точно известным фактом. В глубине души мы знали, что наркотики обладали силой и могли превратить нас в таких людей, каким мы не хотели быть. Оставаясь чистыми и работая по этому шагу, мы освободились от наших оков. Однако ни один из шагов не работает по волшебству. Мы не просто проговариваем слова этих шагов, мы учимся жить по ним. Мы видим на собственном примере, что программа может нам что-то предложить.

«Мы обрели надежду. Мы можем научиться действовать в мире, в котором мы живем. Мы можем найти смысл и цель жизни и можем спастись от безумия, порочности и смерти. Когда мы признаем наше бессилие и неспособность управлять своими жизнями, мы открываем дверь, чтобы Сила, более могущественная, чем наша собственная, помогла нам. Не имеет значения, откуда мы пришли, важно, куда мы идем». (Из книги «Анонимные Наркоманы», глава 4).

ПОМНИТЕ!

1. Не сидите в размышлениях – ПИШИТЕ!
2. Будьте конкретны. Пишите о том, что произошло, а не из-за чего это случилось.
3. Приводите как можно больше примеров – сколько удастся вспомнить. Минимум примеров не засчитывается.
4. Не пишите о том, чего не было и не происходило. Иначе такой Первый шаг не будет принят.

БУДЬТЕ ЧЕСТНЫ, НАСКОЛЬКО МОЖЕТЕ!

1. ВИДЫ. КОЛИЧЕСТВО. ЧАСТОТА.

Обратитесь к тому, с чего начали и напишите об этом, закончив последним временем. Указывайте, как изменилось количество, частота и вид наркотизирующего вещества. Распишите по периодам в 1–2 года. Не углубляйтесь в детали того, что происходило при этом и из-за чего. Этот раздел напишите, используя таблицу в конце разработки по 1-му Шагу. Не забывайте задавать вопросы, если не понимаете, что от вас требуется!

2. ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ.

Медицинские проблемы, посещения врачей, происшествия на дорогах, (вождение в нетрезвом виде, прямо или косвенно вызвавшее проблемы), физические недомогания, нарушения сна, госпитализации, ле-

чения в травмпунктах, лечения у психиатров, в центрах детоксикации, попытки самоубийства или мысли об этом, падения, порезы, кровоподтеки, царапины, пренебрежение здоровьем, потеря или набор веса. Что вы чувствуете в связи с этим?

3. РОДНЫЕ И БЛИЗКИЕ.

Перечислите всех членов семьи (мать, отец, сестры, братья, дедушки, бабушки, дети, бывшие и теперешние супруги), укажите любовников/любовниц, близких друзей. Очень важно упомянуть каждого члена семьи, даже если вы думаете, что из-за того, что они были настолько юными или жили так далеко, ваше употребление не повлияло на них.

РАССКАЖИТЕ О КАЖДОМ ИЗ НИХ:

- Что вы хотели для них делать, но так и не сделали.
- Случаи, когда вы нарушали данные им обещания или врали им.
- Случаи, когда вы брали у них деньги, тратили их деньги, обманывали в денежных отношениях, пользовались ими.
- Случаи, когда они стеснялись вас.
- Случаи, когда вы срывались на них. Что вы говорили? Что делали?
- Что они говорили о вашем употреблении?
- Как ваше употребление повлияло на их физическое, эмоциональное и духовное состояние?

Также укажите, какие взаимоотношения разрушились из-за вашего употребления. Здесь надо упомянуть о друзьях, знакомых или возлюбленных. Что вы чувствуете в связи с этим?

4. БЕЗРАССУДНОЕ. ОПАСНОЕ ИЛИ РАЗРУШИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.

Словесное оскорбление, физическое насилие или оскорбление, падения, попытки или мысли о самоубийстве, потеря памяти, несчастные случаи или опасные ситуации во время вождения машины, отключения сознания во время вождения и т. п. То, что вы не стали бы делать на трезвую голову. Также включите преступные действия, которые могли бы привести к смерти или тюрьме. Что вы чувствуете в связи с этим?

5. СЕКС.

Потеря сексуального желания, способности, удовлетворения или импотенция. Знакома ли вам разница между сексом в трезвости и сексом под наркотиками? Были ли изменения в этом отношении? Бывало ли, что сексуальный партнер бросал вас из-за того, что вы употребляли? Что вы чувствуете в связи с этим?

6. РАБОТА ИЛИ ДЕЛОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ.

Включите сюда периоды, когда вы были домохозяйкой, домохозяином или учились. Упомяните о потерях работы, увольнении, опозданиях, прогулах или низком качестве работы. Включите времена, когда вы устали или даже валились с ног. Отказывали ли вам в повышении? Расскажите о работе по дому. Теряли ли вы работу из-за нетрезвого состояния? Расскажите, как вы находились на работе в нетрезвом виде, в том числе под наркотиками. Что вы чувствуете в связи с этим?

7. СОЦИАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ И ДРУЗЬЯ.

Изменился ли круг друзей из-за вашего употребления? Что произошло? Бросали ли вы спорт, хобби, отказывались от других интересов? Изменилась ли социальная жизнь семьи? Отметьте все обедневшие или изменившиеся контакты со знакомыми, на отдыхе, в близких отношениях и т. д. Чувствовали ли вы изолированность? Что вы чувствуете в связи с этим?

8. ФИНАНСОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПРОБЛЕМЫ С ЗАКОНОМ.

Расскажите о финансовых затруднениях. Расскажите о сложностях с законностью. Во что вам обошлось ваше употребление? Включите сюда потери денег, то, как это сказывалось на зарплате, на упущенных выгодах, на арестах, нахождении под наблюдением или под угрозой ареста, были ли вы осуждены. Укажите аресты, последствия которых были смягчены. Укажите все случаи платного и бесплатного лечения. Добавьте сюда стоимость алкоголя и наркотиков, которые вы потребляли. За основу возьмите стоимость такого же количества по уличным ценам, даже если вы и не платили за наркотики, получая их «в подарок». В мире наркотиков ничего бесплатного не бывает. Если вы расплачивались не деньгами, то чем вы платили? Включите все, во что вам обошлась ваша зависимость.

9. ОЗАБОЧЕННОСТЬ.

Расскажите о возрастающей озабоченности употреблением химических веществ. Расскажите обо всех скрытых, безотчетных, запланированных или захватывающих мыслях об употреблении. Расскажите о том, как вы манипулировали людьми, вещами или местами ради того, чтобы гарантировать свое употребление. Что вы делали, чтобы убедиться, что сможете употребить. Расскажите о том, как манипулировали докторами, искали врачей, которые, как вы знали, могут выписать, достать лекарства. Расскажите о необязательных медицинских процедурах, на которые вы шли, чтобы получить наркотики. Напишите о своих мошенничествах. Расскажите о незаконной деятельности, такой как проституция, воровство, продажа или выращивание наркотических веществ. Что вы

чувствуете в связи с этим?

10. КОНТРОЛЬ.

Расскажите о своих попытках контролировать употребление химических веществ. О тех случаях, когда вы бросали, снижали, сменяли один наркотик на другой или сочетали их между собой, как обещали себе и другим бросить, ограничивали частоту употребления и т. п. Расскажите, что вы пытались делать. Кто заставлял вас давать обещания? Почему? Что вы чувствуете в связи с этим?

11. ЭМОЦИИ И ЧУВСТВА.

Как сказало употребление химических веществ на вашем отношении к жизни? Расскажите о том, что вы чувствовали НА САМОМ ДЕЛЕ, когда выпивали, употребляли лекарства и наркотики, как вы чувствовали на следующий день после этого, что чувствуете сейчас. Расскажите о том, как это проявлялось в СТРАХЕ, ЛЮБВИ, ЗЛОСТИ, ЧУВСТВЕ ВИНЫ, ДЕПРЕССИИ, ЧУВСТВЕ ОДИНОЧЕСТВА, БОЛИ и т. д. Употребляли ли вы для того, чтобы заглушить определенные чувства? Что это были за чувства?

12. ДУХОВНОСТЬ И ХАРАКТЕР.

Стали ли вы такими, какими хотели стать? Если нет, в чем вы от этого отличаетесь? Расскажите, как вы предавали то, что было для вас важным, ценным. Проверьте ваши духовные принципы и то, что принято в обществе. Компрометировали ли вы себя и свою семью? Как вы изменились? Изменилось ли чувство собственного достоинства? Уверены ли вы в себе. Расскажите о возрастании эгоизма в отношении к жизни и в поведении. Что вы чувствуете в связи с этим?

К какому моменту вы стали понимать бессилие (не только по отношению к химическим веществам)? В чем состоит неуправляемость жизни? В чем состоит духовный принцип Первого Шага? Бессильны ли вы перед своей зависимостью. Действительно ли ваша жизнь неуправляема? Признаете ли вы это?

Возраст								
Вид наркотика	Частота и количество употребления (в неделю, в месяц, в год)							

2.6. Второе задание по Первому шагу.

Амбулаторная программа «Спасательный Круг».

Бессилие.

«Мы признали свое бессилие перед зависимостью, признали что наши жизни стали неуправляемыми»
Первый Шаг.

Целью этого задания является осознание и принятие твоей зависимости от необходимости изменять состояние своего сознания употреблением алкоголя и/или наркотиков, азартной игрой. Попробуй честно посмотреть на то, что химические вещества, игра сделали с твоей жизнью. Пока ты не примешь свою зависимость как заболевание, не зависящее от твоей воли и желания, у тебя нет никаких шансов выздороветь и таким образом возвратиться к нормальной жизни.

Основные проявления бессилия: употребление (игра) вопреки желанию и здравому смыслу, утрата контроля, невозможность прекратить (бросить) употребление (игру). Сделав данное задание добросовестно, откровенно и честно, ты приобретешь стойкий фундамент, на котором будешь строить свое возвращение к здоровью. Приводи конкретные примеры того, что происходило с тобой, и что ты чувствовал.

В этом тебе помогут следующие вопросы:

1. Испытывал (а) ли ты возбуждение от предвкушения алкоголя, других наркотиков, игры (компульсивное поведение).

2. Приводило ли твое употребление/игра к тому, что твоя жизнь и жизнь твоих близких подвергалась опасности? Как это происходило?

3. В каких случаях ты терял (а) уважение к самому себе из-за употребления/игры?

4. Какие твои поступки вызвали критику твоих близких, друзей?

5. Твои попытки контролировать употребление химического вещества (алкоголь, наркотики, таблетки)/игру: Применение больших доз алкоголя или других наркотиков, проигрыш больших денег, чем предполагалось.

лось вначале (не мог/ла предвидеть результат).

Попытки изменить вид употребляемых наркотиков/игры (более «легкие» наркотики – алкоголь, марихуана и т. д./другие игры).

Попытки изменить стиль употребления, игры (только один раз в месяц, только один раз в неделю и т. д.).

Неудавшиеся попытки прекратить употребление алкоголя или других наркотиков, участие в азартных играх.

6. Приведи пять примеров собственного бессилия (потери контроля):

7. Какой ущерб нанесло употребление химического вещества (алкоголя, наркотиков, таблеток)/игра твоему здоровью, здоровью других?

8. Каково теперь состояние твоего здоровья?

9. Почему ты уверен (а), что для тебя небезопасно употреблять химические вещества, изменяющие сознание/азартно играть?

10. Являешься ли ты химически зависимым (алкоголиком, наркоманом, токсикоманом)/азартным игроком? Как ты это понимаешь? Что это для тебя значит?

11. На сегодняшний день ты осознал (а) себя зависимым (больным)? Принял (а) ли это (как очевидную и безусловную реальность)?

Если ты испытываешь трудности в выполнении этого задания, обратись к консультанту или своему монитору. Выполненное задание расскажи на шаговой группе в соответствии с твоим лечебным планом. Постарайся уложиться в 15–20 мин.

2.7. Третье задание по Первому шагу.

Амбулаторная программа «Спасательный Круг».

Неуправляемость.

«Мы признали свое бессилие перед зависимостью, признали что наши жизни стали неуправляемыми».

Первый Шаг.

Целью этого задания является осознание и принятие неуправляемости твоей жизни вследствие необходимости изменять состояние своего сознания употреблением алкоголя и/или наркотиков, азартной игрой. Попробуй честно посмотреть на то, что химические вещества, игра сделали с твоей жизнью. Пока ты не примешь свою зависимость как заболевание, не зависящее от твоей воли и желания, у тебя нет никаких шансов выздороветь и таким образом возвратиться к нормальной жизни.

Приводи конкретные примеры того, что происходило с тобой после того как ты стал (а) зависимым (ой), какие изменения произошли во всех сферах твоей жизни (здоровье, семейные отношения, отношения с друзьями, деньги, работа, учеба, дела вообще, происшествия и несчастные случаи, отношения с законом, жизненные ценности и принципы, увлечения и интересы). За какие свои поступки (действия), совершенные не только в состоянии измененного сознания, но и в «трезвом» виде, ты испытываешь сейчас чувства стыда и вины? Сделав данное задание добросовестно, откровенно и честно, ты приобретешь стойкий фундамент, на котором будешь строить свое возвращение к здоровью.

В этом тебе помогут следующие вопросы:

1. Что для тебя означает неуправляемость?

2. Примеры неуправляемого поведения в разных сферах твоей жизни:

3. Что ты можешь определить как неуправляемость своих отношений с другими людьми?

4. Как необходимость изменять сознание повлияла на твои жизненные ценности и принципы, увлечения и интересы, образ жизни (неуправляемость в духовной сфере)?

5. Приведи примеры неуправляемости твоего поведения в состоянии неизмененного сознания (в том числе в настоящее время).

6. Приведи примеры тех эмоций, от которых ты пытался (ась) избавиться с помощью употребления алкоголя или других наркотиков, азартной игры.

7. Как до прихода в Программу ты пытался (ась) изменить себя?

8. Какие цели ты ставишь себе в жизни?

9. Как ты пытался (ась) достичь их до прихода в Программу?

10. Какие серьезные неприятности, кроме тех, что заставили начать лечение, могли бы произойти, если бы ты не сделал (а) этого шага?

11. Причины, по которым, как ты считаешь, тебе надо продолжить лечение:

Если ты испытываешь трудности в выполнении этого задания, обратиться к консультанту или своему монитору.

Выполненное задание расскажи на шаговой группе в соответствии с твоим лечебным планом. Постарайся уложиться в 15–20 мин.

2.8 Подготовка ко Второму шагу.

Амбулаторная программа «Спасательный круг».

Второй шаг.

«Пришли к убеждению, что лишь сила, более могущественная, чем наша собственная, может вернуть нам здравомыслие».

Второй шаг.

Принятие нашего бессилия естественным образом подводит нас ко Второму Шагу. Оглядываясь назад, мы видим, как все происходящее с нами перестало подчиняться нашей воле. Наша жизнь стала неуправляемой, а поступки – лишены здравого смысла. И наших собственных сил не хватало, чтобы изменить это. Приняв мысль о существовании Силы, более могущественной, чем наша собственная, мы начинаем действовать уже более здравым образом, а наши жизни становятся более управляемыми. Эта мысль помогает нам понять, что мы всего лишь люди, и наши возможности не безграничны. Но понять это и согласиться с существованием Силы, которая превосходит нашу, нам часто мешает страх.

1. Попробуйте описать, чего именно Вы боитесь, когда сопротивляетесь принятию мысли о Высшей Силе?

Второй Шаг называют Шагом Надежды. С него начинается наше продвижение к более духовному взгляду на жизнь. Делая Первый Шаг и приходя к пониманию всей тяжести нашего положения, мы чувствуем безнадежность или даже отчаяние, нам кажется, что наша жизнь завершилась крахом. Но Второй Шаг вселяет в нас новую надежду: мы узнаем, что выход есть, стоит лишь поверить в Силу, большую, чем мы сами. Если мы доверились этой силе, то нам уже не надо все время вести борьбу с жизнью, вместо этого мы теперь можем просто жить. А это освобождает наши собственные силы для изменений того, что мы действительно можем изменить, обретая, тем самым, свое подлинное «Я» и становясь таким человеком, каким мы были задуманы. Второй Шаг являет собой основу нашего духовного развития и помогает более полно оценить и понять личное предназначение.

2. Как Вы на сегодняшний день понимаете Высшую силу? Опишите, какими качествами, по Вашему мнению, эта сила обладает?

3. Программа Двенадцати Шагов имеет духовную основу. Как Вы это понимаете?

При работе над Вторым Шагом нас, как всякого новичка, может ждать множество препятствий. Одно из них в том, что нам трудно поверить в само существование Силы, более могущественной, чем мы. Мы можем знать о множестве примеров, когда «вера, малая, словно горчичное зерно» творила настоящие чудеса в жизни других людей, но иногда думаем, что с нами такое произойти не может. Сомневаемся мы и в том, что наша вера сможет изменить наше поведение, нашу жизнь. И если эти сомнения укореняются в нас, то мы начинаем сопротивляться самой мысли о существовании Высшей Силы. Может быть, нам будет легче принять эту мысль, если мы не будем забывать, что даже самые убежденные, построившие всю свою жизнь на духовных основаниях люди, временами терзаются сомнениями и неуверенностью.

Другая трудность при работе над Вторым Шагом – это преодолеть свою привязанность к тому разрушительному образу жизни, который мы так привыкли вести. Ведь в глубине души мы понимаем, что признав свою жизнь неуправляемой, нам придется признать и необходимость полностью изменить ее. И это может оказаться для нас очень серьезным препятствием, особенно если нам впервые приходится что-то менять в своей жизни.

4. Что Вам потребуется изменить в своей жизни, если Вы примите идею Высшей Силы?

До знакомства с Программой «12-шагов» многие из нас отчаянно сопротивлялись всему, что могло заставить задуматься о религии, Боге, смысле своей жизни и других подобных вещах. Мы не понимали, что такое духовность и не чувствовали, что она нам для чего-то нужна. Может быть, в детстве многим из нас не доставало родительской любви, заботы и ласки. У нас было так мало того, что нам бы очень хотелось иметь. Мы просили у Бога исполнения наших детских желаний, но эти просьбы очень часто, как нам казалось, оставались без ответа. А это могло убедить нас в том, что если Бог и существует, то это только какая-то отвлеченная идея, а вовсе не любящая нас Личность. Или же, не любя, а иногда и ненавидя себя, мы могли считать себя недостойными внимания и любви Высшей Силы, даже если Она и существует.

5. Опишите события и переживания, которые могли вызвать в Вас неверие в Высшую Силу.

6. Что Вы можете вспомнить о духовной атмосфере в доме, где Вы росли? Как эти воспоминания повлияли на Ваши теперешние чувства в отношении Высшей Силы?

Сделав Первый Шаг, мы закладываем основу для принятия идеи Высшей Силы. Лишь по-настоящему признав свое бессилие, мы начинаем понимать, как своеволие исковеркало нашу жизнь. Увидеть это и стараться отказываться от упования на собственную волю, на свое «Я» – очень важно для Второго Шага. Работая над этим Шагом, мы можем ощутить, как растет в нас доверие к Высшей Силе.

7. Как проявлялось своеволие в Вашем поведении?

8. Как своеволие повлияло на Вашу жизнь?

Многие из нас обнаруживали, что «убеждение» или «вера», о которых говорится во Втором Шаге, появляются у нас как бы сами собой, по мере того, как мы посещаем собрания АА/АН. Работая над Программой, мы убеждаемся, что в нас происходят перемены. Стоит нам захотеть взглянуть на окружающий мир без предубеждения, попытаться замечать добрые изменения в других работающих в программе людях, как эти перемены начнут происходить и в нас.

9. С какой регулярностью Вы ходите на собрания АА/АН/АИ?

10. Как собрания АА/АН/АИ помогают Вам в выздоровлении?

Начав работать в Программе, мы начинаем понимать, что жизнь – череда постепенных и часто очень медленных изменений, которые мы своей волей не можем ускорить, как бы нам этого не хотелось. И лишь приняв идею существования Высшей Силы и ее доступности для нас, мы обретаем возможность и силы совершать то, что раньше казалось нам

абсолютно недоступным.

11. Приведите примеры, говорящие о Вашем желании поверить в то, что обещает Вам Программа и принять доступность Высшей Силы для Вас.

В работе над Вторым Шагом полезно начать сознательно обращать внимание на те особые события, которые происходят вокруг Вас с Вами. Попробуйте то, что Вы привыкли называть «счастливой случайностью», «благоприятным стечением обстоятельств», рассматривать как маленькие чудеса, как дары, преподносимые Высшей Силой лично Вам, как результат вмешательства этой Силы в Вашу жизнь. А взглянув именно таким образом на заполняющие Вашу жизнь «мелочи» – звонок человека, о котором Вы только, что подумали, удачную покупку чего-то Вам нужного, не говоря уж о «везении» в более серьезных вещах, попробуйте завести обыкновение благодарить за все это Вашу Высшую Силу или Бога, как вы его понимаете. Желание выразить свою благодарность, облечь ее в слова, очень поможет в совершении Второго Шага.

12. Приведите примеры событий или Ваших переживаний, которые показывали бы, что Вы внутренне всегда допускали существование Высшей Силы и ее участие в Вашей жизни.

Второй Шаг не требует от нас принять какое-то конкретное представление о Боге, выражаемое представителями различных церквей и конфессий. Наша вера может начинаться с одного лишь ощущения того могущего целительного влияния, которое оказывает на нашу жизнь Высшая Сила (каким бы ни было на сегодня наше понимание этой Силы). Мы постепенно учимся видеть благое действие Высшей Силы в том, с какой любовью и преданностью относятся к нам наши близкие, в любящей самоотверженности друзей, в расположении и поддержке, оказываемой нам другими людьми в Программе, в самой той помощи, которую мы ощущаем от Программы.

13. В чем Вы ощущаете влияние Высшей Силы на Вас? Как Вы отвечаете на проявления этой Силы в Вашей жизни?

Вера в Силу, более могущественную, чем наша собственная очень важна для того, чтобы мы могли стать самими собой, стать такими, какими были задуманы: счастливыми, любящими, полными жизненных сил и надежды. Прежде наш эгоизм мог ввергать нас в глубочайшую безысходность и депрессию, мог заставлять чувствовать неопишемое

одиночество и тоску, все больше и больше отдаляя нас от других людей, от себя самих и от Бога. Аналитический разум был не в состоянии разрешить наших проблем и чем больше мы упорствовали в попытках разрешить их самостоятельно или спрятаться, уйти от их решения – тем труднее нам становилось жить, тем сильнее было ощущение бессмысленности, бессмысленности нашего существования.

Второй Шаг помогает увидеть, что нашу жизнь можно вернуть к ее изначальной полноте, то есть избавиться от чувства бессмысленности, ущербности, надлома и обрести душевный покой, здравомыслие и физическое здоровье. Лишь начав стремиться к этому, мы сможем увидеть, что в нашей теперешней жизни очень много неполадок. Чаще всего мы обвиняем в этих неполадках всех вокруг, забывая о собственной ответственности за свои дела, мысли и поступки. И если мы только начинаем работать в Программе, то можем не сразу увидеть всю серьезность наших собственных проблем.

14. Что в Вашем поведении нельзя считать «нормальным»?

15. Что для Вас значит «здравомыслие»?

Чтобы перейти к вере в Высшую Силу и признать, что наше теперешнее поведение разрушительно, нужно много смирения. Недостаток смирения ведет к ощущению бессмысленности существования. Чтобы обрести цель и смысл, обрести возможность личностного и духовного роста, необходимо признать ограниченность нашей человеческой природы, признать, что мы далеко не всемогущи и совсем не всемогущи. Начав посещать собрания АА/АН/АИ и приступив к работе над Шагами, мы обнаруживаем, что достичь душевного мира и ясности можно лишь отказавшись от упования на собственную волю и смиренно стремясь к совершенствованию нашей жизни.

16. Перечислите ситуации, которые могли бы показать Вашу способность к смирению.

17. Перечислите ситуации, которые показывали бы недостаток у Вас смирения.

2.9. Подготовка к Третьему шагу.

Амбулаторная программа «Спасательный круг».

Третий шаг.

«Приняли решение вверить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы его понимали».

Третий шаг.

Третий Шаг требует от нас действий, подтверждающих то новое понимание нашей ситуации, которое мы получили в результате прохождения первых двух Шагов. На первом Шаге мы признали, что были бессильны, что наша жизнь стала неуправляемой. Сделав Второй Шаг, мы пришли к убеждению, что лишь Сила, более могущественная, чем наша собственная, может вернуть нам здравомыслие. Делая Третий Шаг, мы решаемся изменить направление нашей жизни, повернуть ее течение навстречу этой Силе, навстречу Богу, как мы его понимаем на данный момент нашей жизни, а значит – повернуть к тем вершинам, от которых мы прежде уходили все дальше и дальше.

1. Опишите, в чем именно Первый Шаг подготовил Вас к Третьему Шагу.

2. Опишите, в чем именно Второй Шаг подготовил Вас к Третьему Шагу.

Третий Шаг требует от нас большего, чем первые два: нам теперь уже нужно довериться Богу. Если эта необходимость кажется нам вынужденной, или вызывает в нас ощущение не правдивости наших мыслей и действий – значит, мы слишком поспешно делали предыдущие Шаги. Возможно, трудности с Третьим Шагом – результат нашего неосознаваемого страха быть отвергнутым тем самым Богом, которому предлагается довериться. В этом случае очень важно остановиться и тщательно, не спеша, подготовиться к этому Шагу, чтобы сделать его по-настоящему, ведь первые три Шага служат основанием всего нашего последующего движения в программе, фундаментом нашего выздоровления, залогом обретения нами того мира и душевного покоя, к которому мы стремимся.

3. Перечислите те барьеры, которые, как Вам кажется, мешают Вам признать и принять проявления действия Бога в Вашей жизни.

4. Опишите ситуации, показывающие Ваше желание верить свою жизнь заботе Бога.

Ключ к хорошей работе над Третьим Шагом – в вашем желании и готовности отдать на попечение Бога как можно большую часть нашей жизни. Для многих из нас это нелегко, ведь даже само слово «Бог» могло казаться для нас чуждым и отталкивающим, потому что мы привыкли жить, руководствуясь лишь своей собственной волей. Наше недоверие не позволяло Богу занять сколько-нибудь значимое место в нашей жизни, и идея о том, чтобы верить руководство собой некоей неизвестной для нас Силе, может показаться нам совершенно неприемлемой. А может быть, мы с детства пробовали просить Бога, точь-в-точь как рождественского Деда-Мороза, о чем-нибудь значимом для нас, и непременно рассчитывали это получить, а не получив – теряли свое доверие к Богу. Или же мы были способны верить Богу руководство нами – но лишь в наших «возвышенных», а потому не связанных с реальной жизнью идеалах и помыслах. А ведь это совершенно иное, чем всем своим существом довериться водительству Бога и быть уверенным в абсолютной правоте и безопасности этого.

5. Как недоверие влияло на Ваши отношения с Богом?

Если мы по-настоящему поработали над Первым и Вторым Шагами, то мы признали всю разрушительность нашего прошлого поведения и безуспешность попыток контролировать свою болезнь. А значит, нам уже не так трудно, убедившись в невозможности самим руководить своей жизнью, верить руководство над ней другой Силе, лежащей вне нас. Мы можем видеть, что, как только мы позволим Богу руководить нашей жизнью, таящиеся в нас страх, гнев, обида, раздражение будут понемногу уходить. Вверившись Ему, мы начинаем все более убеждаться в Его влиянии на наши жизни. Замечая добрые перемены, происходящие с нами и вокруг нас, мы открываем, насколько плодотворнее, полнее и счастливее становится наша жизнь.

6. Какие чувства вы можете, по Вашему мнению, испытать, веряя Вашу жизнь Богу?

Может быть, что поначалу наши попытки вверить свою жизнь водительству Бога встретят внутреннее сопротивление. Это обычно связано с нашим извечным желанием все время управлять ходом событий, другими людьми и своей жизнью, а также с иллюзией, что все это нам, в основном, удастся. Что ж, если так – то сначала мы можем вверить Богу хотя бы ту часть нашей жизни, что доставляет нам больше всего страданий. Пусть это будет нашим первым движением навстречу Богу. А по мере того, как мы увидим, что Бог может решить – и на самом деле решает – наши проблемы, наше доверие к Нему будет крепнуть. Может быть, мы не всегда будем уверены в том, как отличить нашу собственную волю от воли Бога. Но эта неуверенность будет уменьшаться, как только мы, приняв главенство Его воли над нашей и вверившись Ему, начнем стремиться к постоянному укреплению нашего взаимодействия с Ним.

7. Как привычка поступать всегда по-своему повлияла на нашу возможность вверить свою жизнь Богу?

8. Как может углубляться Ваше доверие к Богу?

Опыт подсказывает, что чем больше терпения мы проявляем к самим себе и к собственному развитию, тем более серьезных успехов мы можем достичь. Терпение дает нам возможность легче постичь истинный смысл нашего выздоровления. Если же мы упорствуем в желании быстрых перемен, если желание как можно скорее выздороветь овладевает всеми нашими помыслами и всем нашим поведением, то это легко может оказаться препятствием на пути к выздоровлению, вызывая раздражение от неудач, обиду на судьбу и жалость к себе.

9. Опишите трудности в Вашей жизни, вызванные недостатком терпения.

Лозунг «Отдай себя на волю Бога» отражает главное содержание Третьего Шага. Признав свое поражение в сражении с болезнью и отдав решение проблемы во власть Бога, мы обретаем свободу для подлинного духовного роста и исцеления. И мы сразу увидим, как Он примет на себя заботу о нас, если только мы сами не будем забывать делать то, что необходимо, не будем пытаться перепоручить Богу всю «черную работу» в надежде обрести исцеление без всяких собственных усилий для этого.

10. К каким Вашим действиям, необходимым для выздоровления, Вы могли бы отнести поговорку «На Бога надейся, а сам не плошай»?

Наше эгоистическое мышление, привыкшее оправдывать и всячески возвышать наше крайне чувственное «Я», может заставить нас думать, что мы во всем начнем терпеть неудачи и поражения, стоит лишь отказать от попыток управлять своей жизнью и вверить ее заботе Бога. Однако опыт показывает, что чем больше наша решимость во всем довериться Богу и следовать Его водительству, тем большую внутреннюю уверенность и спокойствие мы обретаем, а направленность нашей жизни начинает меняться у нас на глазах.

При работе по Третьему Шагу очень важно быть осмотрительным и внимательно приглядываться к себе. Если, делая этот шаг, мы чувствуем в себе какие-то внутренние препятствия, надо замедлить свой бег и более тщательно поразмыслить. Мы ощутили на себе разрушительное влияние нашего прошлого поведения, нашей сформировавшейся зависимости от алкоголя или наркотиков, и впереди у нас была только смерть – духовная, а часто и физическая. Свою работу в Программе мы начали именно потому, что наш прежний путь оказался ведущим в никуда. Чтобы преобразить свою жизнь и получить исцеление, нам была нужна помощь. И пока мы не поймем, что именно доверие к Богу и есть та помощь, ощутить и проявить это доверие может быть для нас непросто. Программа Двенадцать Шагов – это средство духовного исцеления. Третий шаг этой Программы – это наше «да» Богу, это выражение нашего согласия на то, чтобы бог принял на себя заботу о нас. Это освобождает нас от гнетущего чувства ответственности за все и вся, равно как и от желания, чтобы кто-то другой отвечал за наши собственные мысли и поступки. Обрести, углубить и сохранить душевный покой и равновесие можно лишь покорившись воле Бога в отношении нас, а также поняв и приняв, что эта воля может очень сильно расходиться с нашим представлением о том, что должно происходить с нами, с окружающими нас людьми и обстоятельствами нашей жизни.

11. В чем для Вас состоит духовность Программы «12-шагов»?

Для того чтобы вверить свою жизнь Богу, нет необходимости иметь теологические концепции того, как именно Бог действует и какими качествами он обладает. Важно лишь понять и поверить в то, что довериться

Ему необходимо, если мы хотим быть исцеленными и поэтому стремимся к духовному росту. И если сделать Третий Шаг нам трудно, то это, скорее всего, потому, что, делая Второй Шаг, мы испытывали трудности с тем, чтобы «прийти к убеждению»... Тогда нам надо, прежде чем идти дальше, вернуться ко Второму Шагу.

12. Что для Вас значит следующее утверждение из «Большой книги»: «Нет необходимости понимать, что представляет собой Высшая Сила. Нам надо лишь принять, что она существует и что наше здравомыслие может быть нам возвращено»?

13. С какими трудностями Вы встретились, делая Третий Шаг?

Когда мы ощущаем плоды нашей работы над Третьим Шагом, с нами происходят перемены. Мы становимся спокойнее и чувствуем, как с наших плеч снят огромный груз. Это может произойти внезапно, но гораздо чаще случается постепенно, по мере того, как мы сознательно отдаем себя водительству Бога и углубляем свое сотрудничество с Ним. Но стоит учесть, что эмоциональный подъем, первоначальная эйфория от перемен в собственной жизни могут оказаться обманчивыми и легко приводят к возврату старых, привычных форм поведения, мыслей и чувств. В таком случае не надо отчаиваться – спады и подъемы свойственны абсолютно всем людям, идущим к Богу, в том числе – и работающим в Программе, ведь среди нас нет «совершенств», иначе мы не были бы людьми. Лишь ежедневно и непрестанно работая над Программой, мы можем обрести чувство уверенности и покоя.

14. Приведите примеры тех случаев, когда Вам удавалось «вверить себя заботе Бога», полностью и во всем положившись на Него.

15. Приведите примеры тех случаев, когда Вам это не удавалось.

2.10. Бланк «Основные чувства».

СТРАХ	ГНЕВ	ПЕЧАЛЬ	РАДОСТЬ
УЖАС	ЯРОСТЬ	СКОРБЬ	ВОСТОРГ
БОЯЗНЬ	БЕШЕНСТВО	ТОСКА	ЛЮБОВЬ
ТРЕВОГА	НЕНАВИСТЬ	ОПУСТОШЕННОСТЬ	УПОЕНИЕ
НЕУВЕРЕННОСТЬ	ЗЛОСТЬ	ОДИНОЧЕСТВО	ВОСХИЩЕНИЕ
БЕСПОКОЙСТВО	ОЖЕСТОЧЕНИЕ	ГОРЕ	ПРИПОДНЯТОСТЬ
УДИВЛЕНИЕ	РАЗДРАЖЕНИЕ	ПОДАВЛЕННОСТЬ	ДОСТОИНСТВО
ЗАМЕШАТЕЛЬНОСТЬ	ОБИДА	БЕЗНАДЕЖНОСТЬ	ЛИКОВАНИЕ
ОШАРАШЕННОСТЬ	ДОСАДА	БЕСПОМОЩНОСТЬ	НАСЛАЖДЕНИЕ
ОЦЕПЕНЕНИЕ	УЯЗВЛЕННОСТЬ	СОЖАЛЕНИЕ	НЕЖНОСТЬ
РАСТЕРЯННОСТЬ	ОТВРАЩЕНИЕ	ОТВЕРЖЕННОСТЬ	БЛАЖЕНСТВО
ИСПУГ	РЕВНОСТЬ	ОТЧАЯНИЕ	БЛАГОДАРНОСТЬ
НЕДОВЕРИЕ	ЗАВИСТЬ	БЕССИЛИЕ	УВЛЕЧЕНИЕ
РОБОСТЬ	ОМЕРЗЕНИЕ	НЕДОВОЛЬСТВО	УМИРОТВОРЕНИЕ
СМЯТЕНИЕ	НЕТЕРПЕНИЕ	УНЫНИЕ	ВДОХНОВЕНИЕ
НЕДОВЕРИЕ	НЕПРИЯЗНЬ		НАДЕЖДА
ПАНИКА	ПРЕЗРЕНИЕ		

Глава 3. Рабочая тетрадь, используемая в программе «Спасательный круг».

Подготовка к Первому Шагу.

Задание № 1. Исследование причин, по которым Вы можете не употреблять алкоголь и наркотики.

Упражнение 1.

Приведите доводы в пользу употребления алкоголя и наркотиков. Алкоголь и наркотики никто бы не употреблял, если бы они приносили только неприятности. Они убивают боль и дают Вам утешение, успокаивают, когда Вы напряжены, дают ощущение бодрости, когда Вы устали и помогают мыслить более ясно. Они дают такие переживания, которые Вы не можете испытать в обычной жизни.

Вот некоторые доводы в пользу употребления алкоголя и наркотиков. Согласны ли Вы с некоторыми из них? Отметьте их галочкой (V)

- На самом деле я получаю удовольствие от алкоголя и наркотиков.
- Когда я употребляю, мои мысли проясняются и в голову приходят творческие идеи.
- Никто не имеет права говорить мне, что я должен прекратить употреблять.
- Я знаю себя – когда я трезв, то становлюсь скучным, вялым тупицей.
- Когда я употребляю, я становлюсь находчивым и уверенным в себе.
- Все мои друзья употребляют алкоголь и наркотики, и если я прекращу делать это, я окажусь в одиночестве.
- Я хотел бы прекратить употреблять, но не думаю, что смогу.
- Когда я трезв, то мир вокруг кажется скучным и серым, и мне ничего не хочется.
- Я уже бросал употреблять раньше, и потом начал снова. Я не смогу перенести еще одну неудачу.
- Я опасаясь, что наберу вес, если прекращу употреблять психостимуляторы.
- У меня в жизни столько проблем! Имею же я право с небольшой помощью расслабиться и отянуться!

Это может показаться странным – начинать работу с исследования доводов в пользу продолжения употребления алкоголя и наркотиков. Но понимание причин Вашего употребления необходимо для успешного планирования будущего выздоровления.

А теперь добавьте ваши собственные доводы в пользу продолжения употребления алкоголя и наркотиков. Напишите эти причины ниже:

1. _____
2. _____
3. _____

Упражнение 2.

Укажите причины для того, чтобы прекратить употреблять алкоголь и наркотики. Для большинства алкоголиков и наркоманов употребление приносит массу удовольствия. Если бы не было последствий употребления, не было бы и причин, чтобы его прекращать.

К несчастью, у употребления алкоголя и наркотиков имеется множество последствий. Чтобы понять эти последствия, посмотрите на то, как употребление мешает Вам жить. А теперь напишите три веские причины, чтобы прекратить употреблять.

Веская причина для меня, чтобы прекратить употреблять – это...

- 1 _____
2. _____
3. _____

Отлично. Теперь у Вас есть три веские причины для того, чтобы прекратить употреблять алкоголь и наркотики.

Назовите свои причины для того, чтобы прекратить употреблять.

Возможно, у Вас получилось это легко – написать три причины, по которым Вам стоило бы прекратить употреблять алкоголь и наркотики. Но многие из причин, по которым Вы хотите прекратить употреблять – это вообще не Ваши собственные, а чьи-нибудь еще.

Вы можете прекратить употреблять под чьим-либо давлением. Но оставаться трезвыми Вы можете только по своим собственным причинам.

Возможно, Вы указали логические причины для того, чтобы прекратить употреблять алкоголь и наркотики. Это важные и значимые причины, чтобы прекратить употреблять. Вы осознали их задолго до этого, но это не сделало Вас трезвыми.

То количество денег, которые Вы тратите на спиртные напитки – это один из примеров логических причин для неупотребления. Предположим, Вы тратите на спиртное порядка 1000 рублей в месяц. Вы не отказались бы от подарка 1000 рублей, но этого не достаточно, чтобы коренным образом изменить Ваш жизненный стиль. Если бы кто-то предложил Вам выплачивать по 1000 рублей в месяц, чтобы Вы не пили, приняли бы Вы это предложение? Скорее всего, нет.

Физический вред, причиняемый алкоголем и наркотиками – это другая логическая причина для того, чтобы прекратить употреблять. Эти

вещества поражают внутренние органы и вызывают токсическую энцефалопатию головного мозга. Но если бы знания об этом было достаточно, чтобы заставить Вас прекратить употреблять, Вы бы уже давно это сделали.

Возможно также, что Вы указали причины других людей в пользу того, чтобы прекратить употреблять алкоголь и наркотики. Может быть, это Ваши родители хотят, чтобы Вы прекратили пить; или Вы находитесь под следствием, и это милиция требует, чтобы Вы прекратили употреблять наркотики. Даже если с очень благородными целями Вы собираетесь прекратить употреблять, но ради других (ради жены, ребенка, например), то Вы не сможете обрести на этом основании устойчивую трезвость.

Посмотрите снова на три причины, которые Вы только что написали. Являются ли они чьими-либо причинами, и Вы собираетесь прекратить употреблять ради близких людей? Являются ли они логическими причинами, которые звучат превосходно, но никогда не помогут Вам измениться? Или они действительно являются лично Вашими причинами?

Приложив небольшое усилие, Вы найдете свои личные причины для того, чтобы прекратить употреблять алкоголь и наркотики. Эти причины отражают то, как Вы видите самих себя как личность. Это самые главные для Вас причины. Именно по этим причинам Вы можете прекратить употреблять и оставаться трезвыми.

Вот некоторые из причин, по которым алкоголики и наркоманы хотят прекратить употреблять. Возможно, до какой-то степени они похожи на Ваши собственные.

Веская причина для меня, чтобы прекратить пить – это ради моего здоровья.

Это выглядит как логическая причина. Ваше здоровье улучшится, если Вы прекратите пить. Но это может быть также чьим-нибудь еще желанием: Вашей супруги или Вашего лечащего врача. Как Вы можете причину более личной?

- Веская причина для меня, чтобы прекратить пить – это ради моего здоровья, так что я не буду мучиться от похмелья.
- Я не буду просыпаться обрызгший, с отвратительной опухшей рожей по утрам.
- Я не буду чувствовать себя вялым и разбитым.
- Меня не будет выворачивать наизнанку над унитазом.

Вот другие примеры раскрытия главной причины:

- Веская причина для меня, чтобы прекратить пить и употреблять на-

ркотики – это ради моей жены и сына, тогда не буду чувствовать себя постоянно виноватым перед ними.

- Я теряю уважение к себе из-за того, что я не могу принести им денег, и жена вынуждена работать на двух работах.
- Я «разрываюсь» внутри, когда в очередной раз мне приходится делать выбор – идти употреблять с друзьями, зная, что мой сын ждет, чтобы я пришел и поиграл с ним.
- Мне больно, когда моя любимая жена угрожает мне разводом.
- Хорошая причина для меня, чтобы прекратить употреблять наркотики – это проблемы с законом, поскольку я сейчас нахожусь под следствием, и если я буду трезвый и пройду лечение, мне дадут условный срок.
- Мне стыдно внутри, что мне приходится делать такие ужасные вещи – красть деньги и вещи у моих родителей.
- Мне дискомфортно от того, что я причиняю вред другим людям – ворую.
- Я устал от постоянного страха перед встречей с людьми, у которых я взял деньги в долг и кинул.

Видите, как эти причины стали более личными после того, как были раскрыты? Они стали более вескими причинами, чтобы прекратить употреблять.

Упражнение: Напишите Ваши личные причины, чтобы прекратить употреблять. Перепишите три причины, которые Вы написали в предыдущем упражнении так, чтобы они стали Вашими личными причинами. Обратите внимание на то, как Ваше употребление входит в конфликт с образом того человека, которым Вы хотели бы быть. Чем более личными будут Ваши причины, тем с большей вероятностью Вы сможете обрести устойчивую трезвость.

1. _____
2. _____
3. _____

Обратите негативное в позитивное.

Если Вы подумаете, как следует, Вы найдете сотни причин, чтобы прекратить употреблять алкоголь и наркотики. Но большинство из этих причин будут иметь негативный тон. Они будут иметь дело с неудачей, смертью и утратой.

Вместо того чтобы застревать на негативах, перепишите Ваши причины в позитивном формате. Вот некоторые примеры:

Негативная причина.

1. Я не буду просыпаться обрюзгший, с отвратительной опухшей рожей по утрам.

2. Я не буду чувствовать себя вялым и разбитым.

3. Меня не будет выворачивать наизнанку над унитазом.

Позитивная причина.

1. Когда я трезвый, мой вес придет в норму, я буду стройным и подтянутым.

2. Когда я трезвый, я буду бодрым и моя работоспособность повысится.

3. Когда я трезвый, я смогу нормально питаться.

Негативная причина.

1. Я теряю уважение к себе из-за того, что я не могу принести денег в семью, и жена вынуждена работать на двух работах.

2. Я разрываюсь внутри, когда в очередной раз мне приходится делать выбор – идти употреблять с друзьями, зная, что мой сын ждет, чтобы я пришел и поиграл с ним.

3. Мне больно, когда моя любимая жена угрожает мне разводом.

Позитивная причина.

1. Когда я трезвый, я устроюсь на работу, заработаю деньги и обрадую жену и сына подарками.

2. Когда я трезвый, я пойду с сыном в спортивную секцию.

3. Когда я трезвый, у меня будут любящие отношения в семье.

Обращаясь в надежду, Вы можете начать видеть самих себя человеком, которым Вы хотели бы быть. Когда Вы сможете увидеть самих себя как трезвого человека, Вы обретете способность оставаться трезвым. Настанет день, когда Вы почувствуете себя комфортно в роли трезвого алкоголика или наркомана, и сможете сказать «Я счастлив, что я выздоравливающий алкоголик» (или наркоман).

Упражнение: Напишите Ваши позитивные причины, чтобы прекратить употреблять алкоголь и наркотики. Вернитесь назад к Вашим личным причинам, чтобы прекратить употреблять. Обратите каждую из них в позитивное утверждение надежды и здоровья, и напишите эти позитивные утверждения напротив изначальных причин в таблице, приведенной ниже.

Негативная причина.	Позитивная причина.
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Задание № 2. Список проблем.

Цель данного упражнения – раскрыть Ваше сегодняшнее восприятие того, что происходит в Вашей жизни. Оно даст Вам «расширенную картину», что привело Вас в эту точку Вашей жизни. Составление списка сделает более продуктивным обсуждение с Вашим терапевтом и товарищами в выздоровлении тех вещей, которые Вас беспокоят.

Это важно – писать настолько подробно, насколько Вы можете, поскольку поступая так, Вы делаете Ваше выздоровление еще крепче. Если Вы выходите за пределы отведенного пространства, используйте дополнительный лист бумаги, или пишите в тетради.

В первое время составление этого списка может показаться некомфортным или пугающим. Если это необходимо, прервитесь и вернитесь к работе позже. Некоторые люди обнаруживают, что по мере того, как они пишут, им открываются новые пласты их проблем. И опять это может быть нервнующим, так что, если Вам необходимо, обсудите всплывающие эмоции со спонсором или терапевтом – и затем вернитесь к упражнению.

Составьте список всех Ваших проблем. Включите как алкогольные или наркотические (пребывание под следствием, условный срок, увольнение с работы за прогулы, проблемы со здоровьем, гепатит, ВИЧ/СПИД и т. д.), так и не связанные с алкоголем или наркотиками (плохое поведение детей в школе, болезнь жены и т. д.)

Проблема№ 1. _____

Проблема№ 2. _____

Проблема№ 3. _____

Проблема№ 4. _____

Проблема№ 5. _____

Упражнение № 3. Список секретов.

Как правило, люди, страдающие болезненными пристрастиями, имеют значительное количество секретов: они стремятся скрывать свою деятельность, скрывать свое употребление, скрывать деньги и брать тайком. Фактически многие проблемы из Вашего Списка Проблем, вероятно, являются проблемами из-за секретов, которые они в себя включают. Вы можете задать самим себе вопрос, сколько проблем из Вашего списка ухудшатся, если все узнают правду о Вашем поведении.

Секреты сами по себе создают проблемы.

- Во-первых, Вы можете испытывать эмоциональное напряжение от знания, что Вы нечестны.

- Во-вторых, у Вас вызывают беспокойство старания помнить, кому и что Вы говорили, чтобы не выдать самих себя.
- В-третьих, есть страх перед раскрытием правды.

Каждая из этих проблем взимает с Вас пошлину. И что самое ужасное – так это то, что Вы в конце концов сами начинаете верить в некоторые из Ваших искажений. Зачастую рассказать историю бывает достаточно, чтобы человек, страдающий болезненным пристрастием начал жить так, как будто эта история является реальностью. Вы должны начать с реальности.

Не забудьте включить в список «опущенного» не только ложь, которую Вы говорили, но и те вещи, о которых Вы умалчивали.

Внося в список каждый секрет, отметьте, у кого нет точного представления о Вас, указав, от кого Вы держите данный секрет. Если Вам необходимо больше места, используйте Ваш дневник или тетрадь.

Секреты.

Первый секрет _____

От кого Вы его держите? _____

Второй секрет _____

От кого Вы его держите? _____

Третий секрет _____

От кого Вы его держите? _____

Четвертый секрет _____

От кого Вы его держите? _____

Пятый секрет _____

От кого Вы его держите? _____

Упражнение № 4. Список оправданий.

Люди, страдающие болезненными пристрастиями, создают оправдания для своего поведения. Обычно они формулируют свои объяснения в терминах лишения (я никак не могу прийти в себя после того, как от меня ушла жена) или обвинения (родственники меня не понимают). Или они приводят доводы в пользу их уникальности: некоторое особенное обстоятельство или ситуация заставляет их делать то, что они делают (мне приходится испытывать экстремальное напряжение, поскольку я хирург, священник, учитель, юрист...). Каково бы ни было объяснение, цель этого списка – помочь людям, страдающим болезненным пристрастием, перейти от оправданий к терминам нездорового поведения.

Это важно с самого начала обозначить эти объяснения как оправдания. Только тогда, когда мы начинаем отдавать себе отчет, что мы созда-

ем оправдания, можем мы начать снимать наслоения лжи, покрывающей наше поведение.

Напишите в таблице, приведенной ниже, оправдания для Вашего поведения, которые Вы использовали за все время. Зачастую люди добавляют к этому списку по мере того, как они прогрессируют в выздоровлении. Отметьте дату, когда Вы осознали, что Вы искажаете реальность, с тем, чтобы Вы могли отслеживать Ваш прогресс.

Объяснение	Дата признания
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Задание № 5. Инвентаризация последствий.

«Вам предоставлено выбирать поведение, но мир выбирает последствия» – девиз на стене кабинета одного из консультантов.

Большинство людей, страдающих болезненными пристрастиями, имеют ожидания, что все другие люди будут смотреть сквозь пальцы на вред, причиняемый тем, что они делают. Некоторые становятся до глубины души возмущенными, когда они переживают последствия – оказываются задержанными милицией или уволенными с работы, попадают в вытрезвитель, тюрьму.

Последствия, однако, являются указательными знаками реальности. Люди, страдающие болезненными пристрастиями, получают их, поскольку мир не разделяет их мыслительные искажения. Ложь, нарушенные обещания и использующее в своих интересах поведение в конце концов обойдется ценой, и ценой дорогой.

В каждом случае люди, страдающие болезненными пристрастиями, обнаруживают, что, с другой стороны, их отрицание является началом процесса горевания. Иными словами, потери начинают увеличиваться и человек, страдающий болезненным пристрастием пытается предотвратить момент встречи с правдой, цепляясь за отрицание. Но, в конце концов, этот момент наступает и бедствие налицо.

Люди, страдающие болезненными пристрастиями, находят чрезвычайно полезным произвести полную инвентаризацию последствий их поведения. Все люди, страдающие болезненными пристрастиями, которые переживали вышедшее из-под контроля поведение, использовали химические вещества, чтобы справиться со стрессом и совершали поступки под влиянием опьянения, имеют последствия, обусловленные их поведением. У Вас тоже есть последствия.

Печально, но некоторые люди не называют то, что с ними случилось, последствиями, или они используют химические вещества как способ избежать почувствовать или признать то, что происходит. Хотя это трудно – встретиться лицом к лицу с «грузом нашего прошлого», как Анонимные Алкоголики называют это, честная оценка Ваших последствий драматическим образом улучшит Ваше выздоровление.

Посмотрите реалистично на последствия Вашего поведения в каждой категории из приведенных ниже. Отметьте галочкой каждое из тех, которые Вы переживали.

1. Эмоциональные последствия.
2. Мысли или побуждения совершить суицид.
3. Попытки суицида.
4. Мысли или побуждения кого-нибудь убить.
5. Чувства безнадежности и отчаяния.
6. Потерпевшие неудачу усилия контролировать Ваше употребление.
7. Ощущение, что Вы ведете две совершенно отличающиеся жизни – одну публичную, и другую – секретную.
8. Депрессия, паранойя или страх, что Вы сходите с ума.
9. Потеря контакта с реальностью.
10. Потеря уважения к самому себе.
11. Утрата жизненных целей.
12. Действуете против своих собственных ценностей и убеждений.
13. Сильные чувства вины и стыда.
14. Сильные чувства изоляции и одиночества.
15. Сильные страхи о Вашем будущем.
16. Эмоциональное истощение.
17. Другие эмоциональные последствия:

Физические последствия:

1. Продолжение употребления несмотря на риск для здоровья.
2. Экстремальная потеря или прибавление веса.

3. Физические проблемы (язва, панкреатит, повышенное кровяное давление и т. п.).
 4. Физические повреждения или оскорбления, нанесенные другими людьми.
 5. Вовлечение в потенциально опасные ситуации.
 6. Транспортные происшествия (автомобильные аварии, сбила машина и т. п.).
 7. Повреждения, нанесенные самому себе.
 8. Расстройства сна (недостаток сна, пересыпание и т. п.).
 9. Физическое истощение.
 10. Другие физические последствия, связанные с Вашим употреблением, такие как ВИЧ/СПИД, гепатиты, венерические заболевания и тому подобные:
-
-

Духовные последствия:

1. Ощущение, что алкоголь и наркотики дают духовный опыт
 2. Ощущение разрыва связи с самим собой и с миром
 3. Ощущение, что Вас отвергает Бог или Ваша Высшая Сила
 4. Злоба на Вашу Высшую Силу или Бога
 5. Утрата веры во все духовное
 6. Другие духовные последствия:
-
-

Последствия, имеющие отношение к семье:

1. Риск потери партнера или супруга
 2. Потеря партнера или супруга
 3. Увеличение проблем в браке или в отношениях
 4. Поставленное под угрозу благополучие семьи
 5. Потеря уважения со стороны семьи или партнера
 6. Увеличение проблем с Вашими детьми
 7. Отчуждение от Вашей родительской семьи
 8. Другие последствия, имеющие отношение к Вашей семье или отношениям:
-
-

Последствия для карьеры и образования:

1. Уменьшение продуктивности на работе.
2. Понижение в должности на работе.

3. Потеря уважения сотрудников.
 4. Потеря благоприятной возможности делать ту карьеру, которую Вы хотите.
 5. Проваленные семестры в институте.
 6. Потеря благоприятных возможностей получить образование.
 7. Потеря своего собственного бизнеса.
 8. Вынуждены менять работы.
 9. Не работаете в соответствии с Вашим уровнем способностей.
 10. Увольнение с работы.
 11. Другие последствия для работы или образования (конкретизировать):
-
-

Другие последствия:

1. Потеря значимых дружеских отношений.
 2. Потеря интереса к хобби или различным видам деятельности.
 3. Немного или совсем нет друзей, которые не участвуют или смотрят сквозь пальцы на Ваше употребление.
 4. Финансовые проблемы.
 5. Нелегальные виды деятельности.
 6. Привлечение к суду.
 7. Нахождение под следствием.
 8. Тюремное заключение или исправительно-трудовая колония.
 9. Кражи или растраты чужих денег, чтобы поддержать употребление.
 10. Другие последствия:
-
-

Обсуждая эту инвентаризацию с Вашим спонсором или терапевтом, Вы получите большую пользу для Вашего дальнейшего выздоровления.

Это тяжелая часть работы. Может случиться так, что люди, страдающие болезненными пристрастиями, почувствуют, что последствия несправедливы. Помните, что никто не обещал Вам справедливости и благоприятных условий. Вы должны иметь дело с тем, что есть на самом деле. Вы могли жить с иллюзией, что другие люди откликнутся на полученные ими несправедливости с сочувствием из-за всего хорошего, что Вы сделали, или проникнутся, как сильно Вы старались. Ничто из этого не поможет Вам сейчас.

Люди, которые дают Вам последствия, не являются Вашими врагами. Рассматривая тех, кто дает Вам последствия как врагов, Вы держите са-

мих себя застрявшими в оправданиях Вашего поведения. Настоящая проблема – это Ваше отрицание и Ваша способность к созданию собственных иллюзий. Вы ответственны за то, чтобы сделать самих себя уязвимыми перед этими людьми. Когда Вы выбираете Ваше поведение, Вы открываете дверь последствиям. Вы должны задать самим себе вопрос, стоил ли риск такой цены. И если Вы можете сделать это, Вы уже достигли значительного прогресса в Вашем выздоровлении.

Что может здесь помочь – так это посмотреть на последствия как на Ваших учителей. Вы получили урок, чтобы его выучить. Если Вы не выучите урок на этот раз, он проявит себя снова, и, возможно, в не следующий раз в более болезненной форме.

Задание № 6. Отрицание.

Отрицать что-то – значит сказать, что это неправда, сказать «нет» этому, или не допускать, что это может случиться. Отрицание, конечно же, может быть честным прямым расхождением во мнениях или отказом. Когда оно сопряжено с находящимся вне контроля употреблением химических веществ, изменяющих состояние сознания, однако, отрицание становится убедительным и мощным, хотя зачастую деструктивным способом защитить себя от того, чтобы стать открытым и получить помощь.

Для людей, страдающих болезненными пристрастиями, отрицание – это помраченный способ мышления и рассуждения, используемый для того, чтобы избежать реальности поведения или реальности последствий поведения. Это способ попытаться управлять и объяснить хаос, вызванный аддиктивным поведением. Это усилие, приложенное, чтобы защитить употребление, без которого, как алкоголик и наркоман убежден, он не может жить. Это способ уклониться от того, чтобы обратить внимание и взять ответственность.

Вот некоторые примеры:

- Это было всего один раз.
- Никто не пострадал, потому что никто об этом не знает.
- Мне необходимо, чтобы мои нужды были хоть как-нибудь удовлетворены.
- Они сами предложили мне, и поэтому я употребил.
- Мне просто нравится пить.
- Если Вы думаете, что я плохой, Вам следует хорошенько подумать, так ли это.
- Моя ситуация не такая, как у других.

Это упражнение поможет Вам посмотреть на ту роль, которую отрицание играет в Вашей жизни. Составьте список всех соображений, в которые Вы верили – или до сих пор верите – что Вы не подлежите терапии или Вам не нужна группа АА или АН из-за Вашего употребления химических веществ и Ваших поступков.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Существует много видов отрицания. Некоторые из основных категорий приведены ниже. В каждом пункте имеется пространство для Вас, чтобы Вы написали свой собственный пример.

Глобальное мышление. Попытка объяснить, почему что-то не является проблемой, используя термины типа «всегда», «никогда», «с какой стороны ни посмотри, нет никакой проблемы».

Рационализации. Оправдания неприемлемого употребления и поведения. «У меня нет никакой проблемы – это просто для меня способ отдохнуть»; «Ваши люди – такие ханжи»; «Нужно же мне как-то снимать стресс!».

Минимизация. Попытки представить употребление, поведение или последствия кажушимися меньше или менее важными, чем они являются на самом деле. «Только чуть-чуть»; «Всего лишь один разок»; «В этом нет ничего особенного».

Сравнение. Смещение фокуса внимания на кого-нибудь еще, чтобы оправдать употребление и поведение. «Я не такой плохой, как...»

Уникальность. Думать о том, что Вы отличаетесь от других или особенный. «Моя ситуация не такая, как у других»; «Я больше других пострадал в своей жизни»; «Это хорошо для Вас, но я слишком занят, чтобы пойти на группу прямо сейчас».

Избегание с помощью создания шума или отвлечения внимания. Играть роль клоуна и смешить всех; вспышки агрессии с целью запугать; угрозы и вставание в позу; шокирующее поведение.

Избегание с помощью пропуска. Избегание с помощью пропуска – это попытки сменить предмет разговора, игнорировать предмет разговора или вести пустой разговор, чтобы избежать говорить о чем-то важном. Это также опускание важных частей информации.

Обвинение. «Ну, Вы бы тоже гуляли и пили всю ночь, будь у Вас такая работа, как у меня». «Если бы моя жена не была бы такая злобная, я бы приходил с работы домой и не пил». «Я ничего не могу с собой поделаться – ребенок кричит всю ночь, и из-за этого я становлюсь нервным».

Интеллектуализация. Избегание чувств и ответственности с помощью задавания вопроса «Почему?». «А почему разрешено продавать алкоголь и все люди в нашем обществе пьют?». Объяснение всего, что угодно. Пропуск деталей и рассказывание «сказок». Притязания на интеллект, превосходящий других людей, и использование интеллекта как оружия.

Безнадежность/Беспомощность. «Я жертва, я ничего не могу сделать с этим». «Что я ни делаю по программе, ничего у меня не получается». «Я хуже других».

Манипулятивное поведение. Обычно включает в себя некоторое искажение реальности, в том числе использование власти, силы, лжи, секретов или обвинений, чтобы использовать других людей в своих интересах.

Разделение на части. Разделение Вашей жизни на отдельные части, в которых Вы делаете такие вещи, которые держите отдельными от других частей своей жизни. «В одной части жизни напивается, выбивает двери, мочится под себя, в другой – в костюме, при галстуке, талантливый журналист...»

Выставлять других людей сумасшедшими. Когда Вы получаете конфронтацию от других людей, которые имеют верное восприятие, Вы говорите им, что они полностью не правы. Вести себя негодующе по отношению к ним – это попытка заставить их почувствовать себя сумасшедшими, сказав им, по сути дела, что они не могут доверять своему собственному восприятию.

Обольщение. Использование шарма, юмора, доброжелательных взглядов или предложений о помощи, чтобы добиться благоволения, снисхождения или использовать в своих интересах.

На самом деле нет никаких оправданий. Большинство людей, страдающих болезненными пристрастиями, обнаруживают, что на самом деле нет никаких оправданий для их поведения. Это нелегко – быть честными с самими собой, еще труднее быть честными с другими людьми. Но оставаться в отрицании и оставаться нечестными – это гарантирует оставаться в старых, деструктивных паттернах поведения.

Подотчетность.

Когда Вы начинаете принимать ответственность за ваше употребление, поведение и его последствия, Вы получите проблеск представления о том, какова жизнь в выздоровлении может быть. Вы все знаете, что отрицание создает постоянное беспокойство. Стараться помнить то вранье, которое Вы говорили, и кому Вы его говорили, является постоянным источником стресса. Хорошая новость – это то, что честность и подотчетность принесут мир и свободу, ощущение ясности ума, которое происходит из чистоты.

Отрицание будет говорить Вам, что Вы не повредили никому; подотчетность – это встреча лицом к лицу с фактом, что Вы повредили другим людям.

Бессилие или неспособность.

В выздоровлении от болезненных пристрастий мы говорим о бессилии. Из-за Вашего болезненного пристрастия Вы были не способны остановить Ваше употребление своими собственными силами. Вот почему Вы попросили о помощи. Несмотря на тот факт, что Вы бессильны, Вы все еще ответственны и подотчетны за то, что Вы сделали. Концепция подотчетности – центральная для 12-ти Шагового процесса. Принятие Вашей подотчетности поможет Вам прорваться через отрицание и признать размеры проблемы. В пространстве ниже напишите настолько много, насколько возможно, примеров людей, которые пострадали из-за Вашего употребления и поведения, и каким образом они пострадали. Сделайте Ваши примеры настолько конкретными, насколько возможно.

Вам необходимо иметь в виду, что эта задача – одна из самых трудных в выздоровлении. Хотя это будет болезненно – это не о том, как наказать самих себя; это о том, как встретиться лицом к лицу с реальностью и оставить отрицание позади. Так что будьте мягкими по отношению к самим себе, но также будьте желающими дойти до сути.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Что из себя представляет болезненное пристрастие?

Понимание аддиктивного поведения.

Сегодня мы понимаем, что болезненное пристрастие – это болезнь, и очень серьезная болезнь. Более того, пристрастия к алкоголю, наркотикам, пище, азартным играм и сексу на самом деле взаимосвязаны и полагаются на похожие физиологические процессы. Самое важное – это то, что мы знаем, что эти люди могут получить помощь и для них есть хороший прогноз.

Вот одно из определений болезненного пристрастия, используемое профессионалами: «Патологические отношения с изменяющим настроение переживанием». Таким образом, пристрастие к алкоголю и наркотикам будет патологическими отношениями с изменяющими настроение

эффектами алкоголя (наркотиков). Люди, которые выросли в трудных семейных ситуациях, научились не доверять. Будучи взрослыми, они искали что-то, чему можно довериться и на что можно положиться, чтобы облегчить проникающее повсюду ощущение ненадежности, которое они чувствовали. Поскольку алкоголь, наркотики, секс, пища и риск всегда делают то, что они обещают – по крайней мере, временно – они зачастую становятся ответом, и таким образом патологические отношения обычно начинаются.

Для людей, страдающих болезненным пристрастием к алкоголю и наркотикам, эти вещества становятся главным приоритетом, ради которого они совершают жертвоприношения. Они полагают эти вещества более важными, чем их дети, супруги и друзья, невзирая на высокую цену, которую им приходится платить. У алкоголика в своем роде роман с бутылкой. Направленное на удовлетворение жажды поведение, которое становится одержимым до точки физического вреда, используется в попытке разрешить проблему безутешного одиночества. Болезненное пристрастие может быть рассмотрено в таком случае как расстройство близости.

Болезненное пристрастие имеет также физиологический компонент. В середине 70-х гг. 20 века ученые начали понимать, что болезненное пристрастие отражает проблемы в головном мозге. Когда они чувствовали себя одинокими, в стрессе или подавленными, люди, страдающие болезненными пристрастиями, получали доступ к нейронным проводящим путям в мозге с помощью изменяющих настроение химических веществ или форм поведения. И каждый раз это помогало им временно почувствовать себя лучше. Решение, предлагаемое болезненным пристрастием, работает через посредство постоянно повторяющейся стимуляции. Наслаждение каждый раз может изгладить боль, уничтожить одиночество и помочь уменьшить стыд. Когда употребление или поведение становятся повторяющимися, мы называем их компульсивными. Компульсивность является стержневым компонентом аддиктивного процесса, и она полагается на эти нейронные проводящие пути в головном мозге.

Стимуляция нейронных проводящих путей исходит из того, что профессиональный автор называет аддиктивной системой, и понимание болезненного пристрастия как повторяющейся системы поможет Вам определить, что в Вашей жизни нуждается в изменении.

Аддиктивный цикл.

Для профессионалов главный критерий того, что болезненное пристрастие установлено – это регулярность. В случае пристрастия к хими-

ческим веществам, употребление становится предсказуемым, и оно становится организующим принципом жизни.

Как интегральная часть установленного аддиктивного употребления и поведения, возникает цикл, состоящий из четырех последовательных и различных компонентов: предвкушение, ритуализация, исполнение роли, стыд и отчаяние.

Предвкушение.

Аддиктивный цикл начинается в той точке, когда мысли человека, страдающего болезненным пристрастием, становятся сосредоточенными на употреблении. Его душевное состояние становится калейдоскопом чувств, фантазий, воспоминаний прошлых наслаждений, надежд и ожиданий. С помощью предвкушения он может мобилизовать из своих собственных психических ресурсов изменяющий настроение «кайф», еще без употребления на самом деле. Уже только одна мысль об употреблении вызывает подобное транс возбуждение, которое может вычеркнуть требования реальной жизни.

Использование одержимости как способа справиться с жизненными проблемами приводит к снижению продуктивности и откладыванию всего на потом. Фактически, люди, страдающие болезненными пристрастиями, большую часть своего времени проводят в состоянии предвкушения. Работа, ответственности и черты, за которые нельзя переходить, падают в сравнении с энергией предвкушения.

С этим одержимым предвкушением человек, страдающий болезненным пристрастием, уже теряет контроль. Как правило, как только определенный уровень предвкушения достигнут, он уже не может обратиться назад. «Как только я начал думать, машина поехала как будто сама по себе». Для выздоровления важно идентифицировать сигналы – времена дня, места, ситуации или другое – которые запускают вступление в стадию предвкушения.

Ритуализация.

Люди, страдающие болезненными пристрастиями, усиливают свое умственное предвкушение с помощью ритуалов – регулярно следующих методов приготовления к употреблению. Каждый, кто когда-нибудь работал с гипнозом, медитативной йогой или даже спортивными соревнованиями, знают об использовании ритуалов, чтобы индуцировать транс, изменить состояние ума и усилить сенсорные ощущения. (Таким образом, стоит заметить, алкоголь и наркотики будут воздействовать на ум, определенным образом уже подготовленный к их восприятию!)

Все, что угодно, может быть ритуалами: посещение определенных мест, баров, пивных, ресторанов, квартиры, встречи с определенными друзья-

ми... Существуют ритуалы, безусловно негативные по своей природе. Например, устроить дома скандал и использовать это как оправдание, чтобы пойти и выпить. Поведение на работе тоже может быть негативным ритуалом: перенапряжение до точки истощения, так что человек, страдающий болезненным пристрастием, чувствует себя больше неспособным отвечать за себя и отчаянно нуждающимся в получении любой ценой.

Ритуалы представляются магическим образом приносящими порядок в хаос. Подумайте о них, как о танце – определенные шаги, определенная музыка, церемония, ритм, сопровождение, которые могут быть очень разработанными, но служат только одной цели – вывести человека, страдающего болезненным пристрастием, в иной мир для того, чтобы избежать условий реальной жизни, над которой, он чувствует, у него нет контроля. В этом новом мире не надо заботиться о том, чтобы что-либо контролировать. Там есть только один контроль – контроль над источником наслаждения.

Компульсивное употребление.

Компульсивное употребление, или исполнение роли – следующая фаза цикла. Когда профессионалы используют термин «исполнение роли», они подразумевают, что напряжение, которое чувствует человек, страдающий болезненным пристрастием в процессе предвкушения и ритуализации, освобождается с помощью употребления или поведения. Он чувствует себя лучше в этот момент, наслаждаясь случившимся облегчением. Компульсивность означает, что человек, страдающий болезненным пристрастием, регулярно достигает такого состояния, в котором употребление или поведение неизбежно, и не важно, каковы обстоятельства или последствия. Таким образом, к сожалению, взрослые люди кончают тем, что делают такие вещи, которые другие люди, как правило, рассматривают как аморальные или глупые.

Стыд и отчаяние.

Почти неизбежно наступает реальность. В какой-то момент люди, страдающие болезненными пристрастиями, видят, что они натворили, и чувствуют себя пристыженными. Эта точка цикла – болезненное место, где они бывали много раз. Последний раз, когда они находились в этом упадке, они, возможно, обещали самим себе, что никогда не будут делать это снова. Но еще раз снова они исполнили эту роль, и это приводит их в отчаяние. У многих страдающих болезненными пристрастиями эта мрачная эмоция приводит к депрессии или хроническому чувству безнадежности. Самый простой способ исцелить чувство отчаяния – это начать одержимость снова.

Отчаяние становится связующим звеном во всех аддиктивных циклах, создавая нужду повторить цикл снова. На чем бы он ни был сосредоточен – на наркотиках, алкоголе, пище, азартных играх, сексе – человек, страдающий болезненным пристрастием, облегчает боль упадка или синдрома отмены, становясь пьяным снова. Однажды выполненный, цикл становится движущимся сам по себе и автономным. Цель аддиктивного цикла – не впустить боль в жизнь человека, страдающего болезненным пристрастием.

Ваш аддиктивный цикл.

Ниже приведено представление аддиктивного цикла. Для каждой фазы напишите столько Ваших личных примеров, сколько Вы можете.

Предвкушение.

Примеры: _____

Ритуализация.

Примеры: _____

Компульсивное употребление (исполнение роли).

Примеры: _____

Стыд и отчаяние.

Примеры: _____

Аддиктивная система.

Аддиктивный цикл вставлен в более развернутую аддиктивную систему, которая начинается с системы убеждений. Система убеждений – это коллекция суждений, мифов и ценностей, которые оказывают влияние на те решения, которые мы принимаем. В случаях наркомании и алкоголизма убеждения насчет этих веществ и того, что с ними связано, обычно являются частью этой внутренней парадигмы. «Настоящий офицер – это тот, которые может выпить стакан водки, не моргнув глазом и не закусывая»; «Употреблять наркотики – это привилегия людей высшего сорта» и т. п.

В сердцевине этой системы убеждений находятся идеи, которые Вы считаете правдой о самих себе. Для алкоголика и наркомана они следующие:

- По существу я плохой, недостойный человек.
- Никто не полюбит меня таким, какой я есть на самом деле.
- Мои нужды никогда не будут удовлетворяться, если я буду рассчитывать на других людей.
- Получать наслаждение от алкоголя (наркотиков) – моя самая важная потребность.

В своей основе здесь существует некая внутренняя логика, которая проистекает примерно следующим образом: Поскольку я недостой-

ный, никто не полюбит меня, если он на самом деле узнает, каков я внутри. Следовательно, мои нужды никогда не будут удовлетворяться, если я буду должен говорить правду о том, кто я есть. Принимая во внимание то, что получать наслаждение от алкоголя (наркотиков) – это моя самая важная потребность, я никогда не смогу рассчитывать на другого человека, который знает меня таким, какой я есть, чтобы получить это. Или: «Поскольку я плохой, недостойный человек, мне нет «места под солнцем», и все, что мне остается делать – это убить себя с помощью алкоголя и наркотиков». Такая логика является верным способом достижения отчаяния и бедствия. Употребление становится самоцелью.

Исходя из этой ситуации, проистекает определенного рода иллюзорное мышление, которое мы исследовали в первых заданиях. Это поврежденное мышление позволяет аддиктивному циклу расцвести пышным цветом. Оно искажает реальность по существу или даже блокирует Ваше осознание, что происходит вокруг Вас. Только подумайте о тех периодах времени, когда Вы игнорировали ключевые позиции реальности, такие как крайние сроки сдачи задания на работе или финансовые ограничения.

Аддиктивный цикл становится движущей силой в жизни алкоголика и наркомана. Скверные вещи начинают происходить. Это то, что мы называем неуправляемостью. Последствия начинают случаться. Поскольку алкоголик и наркоман находятся вне контроля – и также вне соприкосновения с реальностью – проблемы усложняются. Ложь, покрывание и переворачивание с ног на голову как способы не впускать утраты в сознание не останавливают накопления бедствия. Раньше или позже их жизнь приходит в беспорядок. Люди, страдающие болезненным пристрастием, обнаруживают самих себя отчаивающимися по поводу того, насколько запутанной, стрессовой или внушающей ужас стала их жизнь. Чувства отчаяния и безнадежности подтверждают их дисфункциональные убеждения по поводу того, что они – люди, которых невозможно любить. Таким образом, система увековечивает сама себя.

К несчастью, большинство людей, страдающих болезненными пристрастиями, не понимают до тех пор, пока они не останавливаются и не признают, что их жизнь стала настолько плохой, что они просто не могут продолжать так жить дальше. В утверждениях, приведенных ниже, люди, страдающие пристрастием к алкоголю и наркотикам, сообщают, как они узнали, что они не могут больше продолжать жить той жизнью, которой они жили. Просмотрите этот список и затем сделайте Ваш собственный, записывая те случаи, когда Вы начинали понимать, что Вы не можете продолжать Ваше употребление.

Утверждения неуправляемости.

- Обнаружил себя полдня проездившим по линии метро, испачканным в собственной рвоте.
- Обнаружил себя пьяным в компании незнакомых личностей, которые пытались использовать меня сексуально.
- Обнаружил себя переночевавшим на газоне.
- Обнаружил себя переночевавшим на койке в вытрезвителе.
- Задержан милицией с дозой наркотиков.
- Будучи пьяным, вел себя настолько буйно, что родственники вызвали милицию.
- Проснулся в мокрой постели.
- Украд деньги у любимой девушки, чтобы продолжить употребление.
- Из-за употребления подставил лучшего друга, расположением которого очень дорожил.
- Занималась сексом с барыгой за дозу наркотиков.
- Занималась сексом за деньги, чтобы продолжить употребление.
- Избивал собственную мать, чтобы она дала деньги на дозу.
- Отравился «левой» водкой так, что пришлось вызывать скорую.
- Отправилась с незнакомыми мужчинами, которые предложили выпивку, и была изнасилована.
- Будучи пьяным, занимался сексом с незнакомой женщиной, и заразился венерическим заболеванием.
- Занесло на незнакомую квартиру, где был избит собственными собутельниками.
- Получил положительный тест на ВИЧ.
- Проснулась утром в постели с незнакомым мужчиной.
- После двухнедельного запоя чувствовал так плохо, что не мог встать с постели и ходил под себя.
- Съела так много таблеток, что попала в реанимацию.

Список моментов неуправляемости:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

9. _____

10. _____

Составьте диаграмму Вашей собственной аддиктивной системы.

Давайте теперь нарисуем диаграмму Вашей аддиктивной системы здесь. Это даст Вам понимание некоторых из деструктивных паттернов, которые часто проявляются в Вашей жизни, точно так же, как и поможет Вам увидеть, как Вы можете вырваться на свободу из того мучения, которые они Вам причиняют. Как и когда Ваше проблемное употребление началось? Где Вы употребляли? С кем? Как оно набирало обороты (или становилось хуже)? В частоте? В интенсивности? В степени риска? Как оно чаще всего выглядело? Что заставило Вас принять решение, что Вы больше не можете продолжать таким же образом?

Употребление алкоголя и наркотиков носит характер болезненного пристрастия.

Четыре признака болезненного пристрастия.

Алкоголь, героин, амфетамины и другие наркотики являются мощными химическими веществами, вызывающими болезненное пристрастие. При их регулярном употреблении в лимбическом мозге формируются патологические нейронные проводящие пути, и вследствие этого человек начинает испытывать навязчивое страстное желание употреблять еще и еще, и оно действует подобно инстинкту.

Болезненные пристрастия к алкоголю и наркотикам взимают серьезную пошлину. Люди умирают от сопутствующих заболеваний, вызванных злоупотреблением этими веществами, попадают в аварии, несчастные случаи, умирают от передозировок, страдают от отравлений, болеют гепатитами, венерическими заболеваниями, заражаются ВИЧ, и в общем сильно страдает их продуктивность на работе и качество жизни.

Иметь болезненное пристрастие не делает Вас плохим человеком. Зависимость от алкоголя и наркотиков – это болезнь, подобная сахарному диабету, и она вызвана биохимическими нарушениями в работе Вашего головного мозга. Вы не планировали стать алкоголиком, когда выпивали Вашу первую рюмку. Скорее всего, Вы не собирались стать наркоманом, когда Вы впервые пробовали какой-либо наркотик. Если бы Вы знали, что прекратить употреблять будет настолько трудно, Вы бы, вероятно, и не начинали.

Следующие утверждения описывают аддиктивные формы поведения. Которые из них применимы к Вашему употреблению?

1. «Если раньше я ощущал кайф, выпивая 50 граммов водки, то теперь мне нужно выпить полбутылки, чтобы почувствовать хоть что-нибудь».

(Это описывает толерантность)

2. «В первой половине дня я чувствую себя раздражительным, напряженным, в подавленном настроении. Когда я выпиваю алкоголь, это делает меня расслабленным и благодушным». (Это описывает синдром отмены)

3. «Мне нравится курить марихуану. Мне нравится запах ее дыма, мне нравится забивать косяк и зажигать его, и затягиваться дымом. Я курю с самыми интересными мне людьми, в самой интересной для меня тусовке. Если я перестану ее курить, я потеряю все это». (Это описывает аддиктивное поведение)

4. «Транквилизаторы – это чуть ли не самая важная вещь в моей жизни. Я полагаюсь на них каждый раз, когда мне страшно, или когда у меня голову отрывает от стресса.» (Это описывает зависимые отношения)

Чтобы понять, как употребление алкоголя и наркотиков влияет на Вас, давайте посмотрим на эти четыре признака болезненного пристрастия более детально.

1. Толерантность.

Толерантность означает, что со временем химическое вещество производит все меньший и меньший эффект на индивидуума. Употребляющий человек требует больше и больше химического вещества, чтобы почувствовать себя удовлетворенным. Толерантность – это свойство определенных химических веществ – тех, к которым формируется болезненное пристрастие.

Когда Вы выпили Вашу первую рюмку алкоголя, Вы, вероятно, почувствовали головокружение, и Вам стало необыкновенно тепло и хорошо. Затем Вам стало требоваться больше и больше алкоголя, чтобы почувствовать то же самое. 100 миллиграммов героина может отправить наркомана в мир грез в начале употребления, но со временем ему потребуется 1 грамм героина, чтобы почувствовать себя хотя бы нормально. Первитиновый наркоман «улетает в космос» от 0,5 мл наркотика в начале употребления, затем для достижения того же эффекта ему требуется 2–3 мл, а затем он уже никогда не испытывает эти ощущения. Это толерантность.

В самом начале употребления Вы заметили, что Вы реально хотите выпить или употребить в определенные периоды времени. Затем Вы уже нуждались в выпивке или употреблении в определенные периоды времени. В конце концов Вы каждый день нуждались в выпивке, употреблении или таблетках, чтобы успокоиться. Это тоже толерантность.

Упражнение: Составьте список Ваших признаков толерантности. Какие признаки толерантности Вы заметили у себя? Отметьте следующие признаки, которые применимы для Вас.

- Я пью больше, чем я делал это раньше.
- Мои запои стали продолжаться дольше.
- Я чувствую кайф только тогда, когда я начинаю пить после периода воздержания.
- Пить пиво – это все равно, что не пить ничего.
- Я чувствую кайф только в первые два-три дня, как я начинаю употреблять наркотики после больницы.
- Я думаю, алкоголь не влияет на мою способность соображать и делать творческую работу.
- Когда я употребил дозу, я выгляжу как трезвый, и никто ни за что не поймет, что я в наркотическом опьянении.
- Выпив полбутылки водки, я веду себя как нормальный, меня не шатает и я совершенно адекватен.

А теперь напишите любые другие признаки толерантности, которые Вы замечаете у себя.

2. Синдром отмены.

Синдром отмены означает, что когда Вы прекращаете употреблять химическое вещество, у Вас развиваются определенные признаки и симптомы. Они облегчаются, когда Вы употребляете это же химическое вещество снова (или вещество той же химической группы).

Признаки – это те вещи, которые другие люди могут у Вас видеть. Примеры – бессонница, раздражительность, тремор, понос, рвота. Симптомы – это те вещи, которые Вы чувствуете, но другие люди не могут их видеть, такие как беспокойство, страстное желание употребить, депрессия и трудность сосредоточить внимание.

Наиболее жестокие признаки и симптомы алкогольного синдрома отмены продолжаются от 3–4 дней до недели, при зависимости от наркотиков жестокий синдром отмены продолжается 10–14 дней. Менее интенсивный синдром отмены может продолжаться от 1 до 3-х месяцев. Некоторые люди могут пережить синдром отмены самостоятельно, у некоторых он настолько тяжелый, что они не могут прекратить употреблять самостоятельно без стационара и медицинской помощи.

Признаки и симптомы алкогольного синдрома отмены следующие:

- Слабость.
- Головокружение.

- Тошнота, рвота.
- Раздражительность.
- Тревожность, страхи.
- Резкие перепады настроения.
- Бессонница.
- Тремор.
- Трудно сосредоточить внимание.

Признаки и симптомы опийного синдрома отмены следующие:

- Физический дискомфорт.
- Ломящие боли в мышцах, суставах.
- Насморк.
- Тошнота, рвота, понос, боли в животе.
- Бессонница, кошмары.
- Раздражительность, агрессивность.
- Общее угнетенное состояние.

Признаки и симптомы амфетаминового синдрома отмены:

- Депрессия.
- Слабость, сонливость.
- Потеря способности мыслить и что-либо делать.
- Переедание.

Переживать синдром отмены неприятно. Временами Вам может казаться, что Вы превратились в тупицу, неспособного ничего делать, и это никогда не кончится. Иногда могут приходиться в голову мысли: «Уж лучше употребить и стать человеком, чем так мучиться». Но есть еще важный компонент синдрома отмены – страх перед синдромом отмены, и иногда этот страх – страх, что со мной творится что-то непонятное – может быть тяжелее, чем сам синдром отмены.

Да, синдром отмены может быть неприятным, и нетерпение – это тоже часть его. На фоне синдрома отмены алкоголя или наркотиков в некоторых случаях могут проявиться серьезные нарушения функций организма, вызванные длительной тяжелой интоксикацией. В таких случаях Вам необходима серьезная медицинская помощь и госпитализация. В общем, медикаментозная помощь рекомендуется, чтобы облегчить состояние и помочь организму пережить переход в трезвое состояние.

Упражнение. Составьте список Ваших признаков и симптомов синдрома отмены.

Здесь перечислены некоторые признаки и симптомы синдрома отмены алкоголя или наркотиков. Отметьте галочкой те, которые Вы переживали.

- Раздражительность. Интенсивное страстное желание употребить.
 Нетерпение. Трудно сосредоточить внимание. Потеря контроля над собой. Трудно запоминать вещи. Постоянное внутреннее напряжение. Беспричинные страхи. Беспокойство. Резкие перепады настроения. Чрезмерная возбудимость. Бессонница. Депрессия.
 Физический дискомфорт. Тошнота. Чрезмерная возбудимость.
 Головная боль. Периоды замешательства. Тремор. Беспричинные слезы. Приступы паники. Кошмарные сновидения.

А теперь напишите любые другие признаки синдрома отмены, которые Вы видите у себя:

3. Аддиктивные формы поведения.

Третьей характеристикой химических веществ, к которым формируется болезненное пристрастия, является то, что они заставляют людей вести себя определенным образом. Один из примеров – это ряд разных способов, с помощью которых алкоголики и наркоманы добывают свои наркотики. Пристрастившиеся к реланиуму обычно получают рецепты у нескольких разных врачей и затем отоваривают их в нескольких разных аптеках. Пристрастившиеся к героину, покупают свой наркотик на улице. Медицинские сестры, пристрастившиеся к лекарствам, воруют их на рабочем месте. Взрослые алкоголики приобретают свои спиртные напитки в универсаме или на оптовом рынке. Алкоголики, имеющие сильно прогрессирующую болезнь, покупают настойки на спирту в аптеке.

Алкоголики и наркоманы также развивают специфические паттерны, каким способом они употребляют свои химические вещества. Например, некоторые героиновые наркоманы предпочитают употреблять свой героин в одиночестве, некоторые – в компании других наркоманов. Алкоголики пьют в барах, дома в одиночестве, или в компании других алкоголиков. Они пьют, когда они напряжены, когда они хотят расслабиться, и когда они находятся в компании других пьющих людей.

Упражнение: Составьте список Ваших аддиктивных форм поведения.

Подумайте о некоторых аддиктивных формах поведения, связанных с Вашим употреблением. Ответьте на следующие вопросы. Будьте конкретны – приводите по 2–3 примера. В трезвости это будет полезно для профилактики срыва: если Вы замечаете какие-нибудь из этих форм поведения у себя, они служат явными предвестниками (например, если Вас тянет пообщаться с другом, с которым Вы предпочитали употреблять).

- Как и где Вы приобретали свои химические вещества? Есть ли посто-

янный ритуал приобретения и какие-нибудь особенные места, где Вы покупали? Опишите.

- Каким образом Вы предпочитали употреблять химические вещества (в компании, в одиночку...)? Опишите. Есть ли какие-нибудь конкретные люди, с кем Вы предпочитали употреблять, или компании, в которых Вы предпочитали употреблять? Опишите.
- Есть ли какие-нибудь специфические места, в которых Вы предпочитали употреблять (в Вашей квартире, в каком-нибудь определенном баре или пивной, на квартире у кого-нибудь из друзей, в каких-то особых местах в парке...)?
- Есть ли какие-нибудь специфические, особенные случаи, по которым Вы пьете или употребляете? (определенные праздники, ситуации, события семейные или на работе... – когда обязательно надо выпить или употребить) Опишите.
- Есть ли у Вас «особенные вещества для особенных случаев»? (Реланиум – для стресса и для отхода ко сну, водка – для рыбалки, пиво – для встречи с друзьями, экстази – для дискотеки, ЛСД – для вечеринки с неформальной молодежью...)
- Что Вы употребляли, чтобы справиться со стрессом?

4. Зависимые отношения.

Когда химическое вещество становится для человека более важным, чем его личные ценности, то говорится, что такой человек зависим от химического вещества. Со временем химическое вещество становится более важным, чем семья, работа, финансы, друзья и уважение к самому себе.

Алкоголики и наркоманы становятся настолько пристрастившимися к своим веществам, что они превращают в руины свою жизнь, ставят под угрозу свой брак или теряют свои работы. Жены говорят своим мужьям: если ты не прекратишь пить, я заберу детей и уйду! Чтобы избежать позора в обществе, мужья держат своих употребляющих жен закрытыми дома, но скорее всего они просто бросают их. Родители посылают своих детей в армию или военное училище, чтобы изолировать их от наркотиков. Пристрастившиеся к героину студенты прогуливают лекции из-за того, что с утра им необходимо достать героин, и в конце концов оказываются отчисленными из института.

Употребление алкоголя и наркотиков стало очень большой частью Вашей жизни. Каждый день Вы выбирали пить и употреблять вместо того, чтобы делать что-нибудь еще. Более того, Вы перестали себе представлять свою жизнь без алкоголя и наркотиков.

Рассмотрите следующие примеры:

- Молодой человек говорит девушке: «Я тебя люблю, прекращай употреблять наркотики и выходи за меня замуж!» Девушка-наркоманка рвет с ним отношения, поскольку он мешает ей употреблять наркотики. Она предпочла наркотики человеческой любви.
 - Муж-алкоголик любит свою жену, но она угрожает ему разводом, если он не прекратит пить. Он продолжает пить, и в конце концов семья разрушается. Он предпочел алкоголь семье.
 - Алкоголик продолжает пить, невзирая на повышенное внутричерепное давление и угрозу инсульта. Он предпочитает алкоголь своему здоровью.
 - Молодой человек отказался поступать в институт из-за того, что слишком занят добыванием и употреблением наркотиков. Он предпочел наркотики образованию.
 - Девушка-наркоманка переспала с отвратительным ей барыгой за дозу наркотиков. Она предпочла наркотики уважению к себе.
 - Сын-алкоголик украл деньги у пожилой матери-пенсионерки, чтобы продолжить запой. Он предпочел алкоголь нравственным ценностям.
- Упражнение. Приведите 5–10 конкретных примеров, когда Вы предпочли алкоголь или наркотики важным для Вас ценностям. Опишите, как это было.
-

Упражнение: Составьте список Ваших зависимых форм поведения.

Ниже перечислены свойства алкогольной и наркотической зависимости. Отметьте галочкой те, которые применимы для Вас.

- Я думаю об алкоголе и наркотиках большую часть времени.
- Я страстно хочу выпить (употребить).
- Я выдвигаю оправдания для употребления.
- Я продолжаю пить и употреблять несмотря на хорошие причины, чтобы бросить.
- Алкоголь и наркотики стали более важными, чем моя работа, образование, карьера, семья, друзья, нравственные ценности и деньги.
- Я пробовал прекратить пить и не пил 1 год, но после того, как я запил, я очень быстро вернулся к тому же самому паттерну употребления алкоголя, включая количество выпитого.
- Я проношу тайком алкоголь или наркотики.
- Я прячу алкоголь и наркотики.
- Я создаю запасы алкоголя и наркотиков, или делаю «зачачки» денег на их приобретение.

□ Когда мой алкоголь и наркотики заканчиваются, я прихожу в панику и начинаю искать их, чтобы продолжить употребление. (Страх остаться без алкоголя или наркотиков)

□ Когда я попадаю в компанию, где употребляют, я стремлюсь поскорее набрать свою «дозу». (Жадность к алкоголю или наркотикам)

□ Я выбираю такую работу, где употребление возможно, и таких друзей, которые благосклонно относятся к употреблению. Я избегаю таких друзей и не работаю на такой работе, где употребление не дозволено.

□ Мое здоровье ухудшается, но я продолжаю пить и употреблять наркотики.

Подготовка к Первому Шагу.

Что такое Первый Шаг? Принятие проблемы.

Почти восемьдесят лет назад биржевой брокер, который потерял свою удачу из-за своих питейных проблем, сел на кухне в доме на Ардмор Стрит в Акроне, Штат Огайо. Этот дом принадлежал врачу, у которого была та же самая проблема. Он просто-напросто не мог прекратить пить. Они сели за чашкой кофе, обсуждая письмо, которое брокер получил от Карла Юнга, знаменитого врача – пионера психотерапии. В этом письме Юнг говорил Биллу Уилсону, что если Ваша новая группа хочет достичь успеха, Вы должны вынести наружу свои истории. По сути дела, ключ к успеху был в том, чтобы помочь друг другу, вместо того, чтобы действовать в одиночку. Так родился «рассказ истории», который стал краеугольным камнем Анонимных Алкоголиков. Структура выздоровления, которую эти люди разработали, помогла миллионам людей. Не только алкоголики, но и азартные игроки, компульсивные обжоры и пристрастившиеся к сексу – все они извлекли пользу из их изначальных прозрений. Ключевой результат рассказа истории заключается в том, что рассказывающий признает, что у него или у нее есть проблема, в то время как слушающие подтверждают рассказчика, признавая, что они имели те же самые переживания. Это взаимодействие уменьшает стыд у всех участников и поддерживает их в их общем обязательстве оставаться трезвыми.

Рассказ истории – это мощная вещь. Когда родители, например, рассказывают семейные истории, дети всегда возражают, если какая-то часть упущена. Кто-то может спросить, почему дети хотят слушать эти истории снова и снова в то время, как они знают их очень хорошо. Ответ заключается в том, что рассказ истории – это не просто передача информации. Это о связующих узах. Ребенок чувствует себя связанным узами в том, кто он есть и в том, что он является частью истории. Возвращаясь к нашей прежней дискуссии о том, что болезненное пристрастие про-

истекает из неудачи в создании связей, «12-шаговая» группа начинает процесс воссоздания связей, которые помогают людям восполнить дефициты прошлого. Члены «12-шагового» содружества приняты такими, какие они есть и за то, какие они есть.

Такие связующие узы обладают невероятной важностью, и этот дополнительный пример проиллюстрирует, почему это так. Когда международная комиссия по амнистиям впервые попробовала терапию, чтобы помочь жертвам пыток, они не получили никаких результатов. Жертвы пыток, даже если они чувствовали себя несчастными, сопротивлялись помощи на наиболее глубоком уровне. В конце концов, сотрудник комиссии по амнистиям сделал открытие. Если у жертв пыток получалось рассказать историю о своих переживаниях в комнате, полной других людей, которые тоже были жертвами пыток, то происходило принятие этих переживаний. Такая жертва становилась после этого способной на образование связей в достаточной степени, чтобы терапия могла пройти успешно. То же самое произошло с наркоманией и алкоголизмом. Профессионалы годами пытались помочь, но это произошло не раньше, чем когда Анонимные Алкоголики обеспечили формат собрания для алкоголиков, чтобы они рассказали свои истории, и только тогда терапия смогла на самом деле помочь. Большинство людей, страдающих болезненными пристрастиями, пережили глубокую травму в своей жизни. И более того, страдать болезненным пристрастием любого типа травматично само по себе. Этим людям необходимо безопасное место с другими людьми, которые знают их историю прежде, чем она рассказана.

По существу, в истории рассказываются детали, какой образ жизни был раньше, и какой образ жизни идет сейчас. Говоря проще, история – это об изменениях. Двенадцать Шагов, более, чем что-нибудь еще, учат о глубоком изменении в жизни человека. Они по существу раскрывают жизненную позицию – то, что психологи и философы называют «экзистенциальной позицией» – касающейся того, как проживать жизнь. Двенадцать Шагов являются на самом деле здоровыми принципами, касающимися изменения и жизни, которые каждый человек может использовать, но они особенно полезны для тех, кто должен пережить радикальные изменения выздоровления. Дух этих принципов лучше всего схвачен в Молитве о Душевном Покое. Молитва о Душевном Покое испрашивает ясность ума, чтобы «принять те вещи, которые я не могу изменить, мужество изменить те вещи, которые я могу и мудрости узнать разницу между ними». Внутреннее принятие этих идей помогает уменьшить беспокойство разительным образом. Болезненные пристра-

ствия черпают свою силу из беспокойства и страха.

Первый Шаг схватывает этот принцип. Он читается: «Мы признали, что мы были бессильны перед алкоголем (наркотиками), и что наши жизни стали неуправляемыми».

Люди, которые совершают Первый Шаг, обычно усваивают следующие уроки:

- что Вы должны безоговорочно принять, что у Вас есть проблема;
- что Вы осознаете, что есть вещи, которые происходят в Вашей жизни, и которые Вы не можете контролировать своими силами;
- что для того, чтобы быть успешным, Вы должны попросить о помощи у других людей;
- что Вы должны сосредоточиться на том, что Вы можете делать;
- что Вы должны сдать секреты и отказаться от притязаний быть кем-то, кем Вы не являетесь;
- что аддиктивное употребление будет продолжаться до тех пор, пока Вы поистине не выучите этот урок.

Следующие упражнения помогут Вам подготовиться к Первому Шагу. В то время, когда Вы выполняете их, просите о помощи. Терапевт может быть прекрасным источником помощи в то время, когда Вы размышляете на эти темы. Вам также было бы неплохо выбрать в помощь парочку «консультантов» из Вашей «12-шаговой» группы или терапевтической группы. Каждый раз, когда Вы чувствуете себя полными стыда или потерявшими самообладание, или неуверенными по поводу того, что делать, обращайтесь за консультацией. Разговаривайте с кем-то. Просите о помощи. Помните, что это в точности то, что сделали прежде Вас те парни в кухне доктора Боба.

История болезни.

Это упражнение просит Вас сосредоточиться на развитии Вашего болезненного пристрастия к алкоголю и наркотикам. Поскольку для Вас может быть трудно вспомнить конкретные события или детали, ответьте на следующие вопросы настолько тщательно, насколько Вы можете.

1. В каком возрасте Ваше болезненное пристрастие началось (то есть, употребление, помогающее справиться с Вашими трудностями, потерей веры в самого в себя и т. п.)

2. Какие были критические события на ранней стадии развития Вашего болезненного пристрастия (то есть, увеличение частоты употребления, неуправляемость, переживание брошенности, оскорбления, насилия и т. п.)?

3. В каком возрасте, Вы думаете, Ваше болезненное пристрастие твердо установилось (то есть, жизненные приоритеты переменялись, Ваше

предвкушение и компульсивное употребление стало мешать Вашей жизни, работе, семейной жизни и т. п.)?

4. Каковы были критические события в течение этого периода Вашего болезненного пристрастия (то есть, стрессовые факторы, отрицание, поврежденное мышление и т. п.)

5. Были ли такие периоды в Вашей жизни, когда Ваше болезненное пристрастие внезапно «набирало обороты» в частоте, количестве употребления или типах употребляемых наркотиков или спиртных напитков? Опишите.

6. Были ли «сезонные» паттерны в Вашем употреблении (весна, лето, осень, зима)? Опишите.

7. Были ли какие-нибудь критические события в течение этих периодов увеличения употребления?

8. В какие годы, Вы думаете, Ваше болезненное пристрастие было на своем самом высшем уровне?

9. Каковы были критические события, которые имели место в течение того периода, когда Ваше болезненное пристрастие было на самом высшем уровне?

10. Были ли такие периоды в Вашей жизни, когда Ваше болезненное пристрастие «снижало свои обороты» (то есть, становилось менее интенсивным, исчезало с поверхности, поддавалось контролю)? Опишите.

11. Каковы были критические события, которые предшествовали этому снижению оборотов, или случались во время таких периодов?

12. Были ли такие периоды в Вашей жизни, когда казалось, что Вы живете Вашей одержимостью и нет ничего, кроме Вашего предсказуемого цикла употребления (то есть, Вы полностью порвали с реальностью, полностью отвергли Вашу систему ценностей...)?

13. Какие были критические события в течение этих периодов?

14. Проявлялись ли в Вашей жизни другие болезненные пристрастия? Опишите.

- созависимость;
- пищевые расстройства (переедание, анорексия, булимия);
- болезненное пристрастие к сексу или любовным отношениям;
- никотиновая/табачная зависимость;
- злоупотребление или болезненное пристрастие к кофеину;
- компульсивные азартные игры;
- компульсивная трата денег;
- компульсивная работа;
- другие, конкретизируйте...

15. Каким образом эти болезненные пристрастия взаимодействовали с Вашим пристрастием к алкоголю и наркотикам?

16. Какие были попытки справиться с проблемой пристрастия к алкоголю и наркотикам? Попытки лечения? Были ли попытки справиться или ограничить другие болезненные пристрастия? Опишите.

Инвентаризация бессилия.

Приведите столько много примеров, сколько Вы можете, которые показывают, как бессильны Вы были остановить Ваше употребление. Помните, «бессилие» означает быть неспособными остановить употребление несмотря на очевидные плохие последствия. Будьте очень конкретными и явными относительно типа употребления и частоты. Начните с Ваших ранних примеров, когда Вы были бессильны, и закончите самыми недавними. Напишите, по меньшей мере, 30 (тридцать) примеров. Приводя столько много примеров, сколько возможно, Вы значимым образом добавите к глубине понимания Вашего собственного бессилия. Помните, что от Вас не требуется заполнить весь список «в один прием». Добавляйте в список примеры по мере того, как они приходят к Вам в голову. Когда Вы закончите эту инвентаризацию, не приступайте к следующему заданию до тех пор, пока Вы не обсудили ее с консультантом, выздоравливающим другом или с группой. Мягкий путь выздоровления означает, что Вы заслуживаете поддержки на каждом значимом участке работы.

Пример: В ноябре 1989 года мне стало очень плохо из-за моего употребления алкоголя и наркотиков, и я добровольно лег в 19-ю наркологическую больницу, но в больнице продолжал употреблять, так или иначе.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Вот самые недавние примеры, которые заставляют меня почувствовать себя бессильным. Приведите еще пять самых недавних примеров.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Инвентаризация неуправляемости.

Приведите столько много примеров, сколько Вы можете, которые показывают, что Ваша жизнь стала полностью неуправляемой из-за Вашей

химической зависимости. Помните, «неуправляемость» означает, что Ваше болезненное пристрастие породило хаос, ущерб и убытки в Вашей жизни. Если Вам нужны направляющие идеи, вернитесь к упражнению «Список последствий». И снова, когда Вы закончите эту инвентаризацию, остановитесь и обсудите ее с Вашим консультантом, выздоравливающим другом или с группой. Вы заслуживаете поддержки.

Пример: В 1995 году попался с кражей, когда добывал деньги, чтобы продолжить употребление.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Самые недавние примеры помогут Вам ощутить неуправляемость наиболее ярко. Приведите еще пять самых недавних примеров неуправляемости, которые случились с Вами в последние 10 дней. В списке обведите кружочком те, которые случились в последние 30 дней.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Список потерь.

Напишите о том, что важное Вы потеряли из-за Вашего болезненного пристрастия. Цель этого отчета – документировать, что случилось с Вами. Попросите о помощи Ваших консультантов, если Вы застряли, или Вам нужна поддержка.

Прямые траты денег. Подсчитайте, какие были траты денег на спиртные напитки или героин и другие наркотики. Постарайтесь приблизительно подсчитать общую сумму трат. Включите в список вещи, проданные, чтобы продолжить употребление.

Испорченные вещи. Напишите, какие вещи были испорчены из-за употребления, например: разбитая машина, залитая квартира, сожжен пол в комнате и т. п.

Потери в области образования, карьеры и работы. Включите в список утраченные благоприятные возможности получить образование, заниматься той деятельностью, какой хотелось бы, перемены работы с более квалифицированной и престижной на менее квалифицированную, утраченные возможности повышения в должности и зарплате, сниже-

ние квалификации, снижение работоспособности, увольнения, потери доверия со стороны начальника и сотрудников и тому подобное. Есть ли какие-то невосполнимые потери?

Медицинские потери. Напишите о необратимых последствиях для здоровья: ВИЧ, гепатиты и другие, приобретенные из-за употребления, хронические заболевания и ухудшения здоровья. Включите в список травмы, несчастные случаи, отравления и их последствия.

Потери в области человеческих отношений. Включите в список утраченные значимые дружеские отношения, потери уважения и доверия со стороны значимых друзей, утраченные любовные отношения и т. п.

Потери в области семейных отношений. Включите в список потерю доверия и уважения со стороны родственников, развод, разрыв отношений с родственниками и т. п.

Проблемы с законом. Включите в список попадание в вытрезвитель, приемы в милицию, нахождение под следствием, судебные процессы, пребывание в СИЗО, тюрьме, исправительно-трудовых учреждениях, попадание на учет в милицию, учет в наркологическом диспансере и т. п. Каковы были финансовые издержки в связи с проблемами с законом (оплата счетов за попадание в вытрезвитель, расходы на адвоката, денежные «выкупы» в случаях приема с наркотиками и т. п.)?

Добавьте, что еще важное лично для Вас Вы потеряли из-за Вашего болезненного пристрастия.

Напишите отчет о Ваших реакциях на потери, связанные с Вашим болезненным пристрастием.

Мысли: _____

Чувства: _____

Десять самых худших моментов.

Напишите список из десяти самых худших моментов пребывания алкоголиком или наркоманом. Подумайте о событиях, которые были самыми болезненными или катастрофичными. Для каждого события составьте отчет о Ваших чувствах которые были тогда и о чувствах, которые Вы испытываете сейчас, оглядываясь назад на эти моменты.

1. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

5. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

6. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

7. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

8. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

9. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

10. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

11. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

12. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

13. Самый худший момент: _____

Что я чувствовал тогда: _____

Что я чувствую сейчас: _____

А теперь, когда Вы завершили этот список, классифицируйте самые худшие моменты по рангу, присвоив «номер один» очень плохому моменту, затем «номер два» – несколько более плохому моменту, и так далее, пока Вы наконец не присвоите «номер десять» «худшему из худших» моментов. Это поможет Вам сосредоточиться на том, чем Вы будете делиться в Вашем Первом Шаге.

Как делиться Вашим Первым Шагом.

Вы будете делиться Вашим Первым Шагом много раз. Сначала это произойдет в Вашей Двенадцати-Шаговой группе и на терапевтической группе. По мере того, как Вы будете достигать прогресса, Вы поделитесь на других группах и с теми, кого Вы любите. Это будет часть Вашей истории о том, как скверно это было. Как мы заметили ранее, «рассказ истории снова и снова» – это не о перекладывании фактов. Скорее, это делается для создания глубокой связи, которая исходит из того, что Вы делитесь на глубоком уровне. Мы заметили, как рассказ истории пре-

подает урок принципов, касающихся изменения. По мере того, как Вы делаете множество «презентаций», возникает жизненная позиция относительно изменения и стресса.

Первый Шаг также ломает правило относительно того, чтобы всегда выглядеть хорошо и держать секреты, и таким образом он помогает разрушить секретную жизнь и стыд, которые увековечивают нечестность. В то время, когда это случается, люди, страдающие болезненным пристрастием, начинают переживать давно похороненные чувства. Вычеркнутые и от замороженных Вашей одержимостью и употреблением, это те чувства, которые буквально преследуют Вас. В то время, когда Вы делитесь Вашей историей, Вы будете так же в состоянии поделиться Вашими чувствами. Это не только важное самопознание, но выражение этих чувств позволит другим людям узнать Ваш внутренний мир. Те, кто слушают, могут затем обеспечить обратные связи и поддержку.

Такой обмен существенно важен для процесса исцеления. Короче говоря, Вы не можете делиться Вашим Первым Шагом, не делясь теми чувствами, что приходят вместе с ним. Невыраженные чувства обеспечивают топливом все болезненные пристрастия.

Люди, страдающие болезненными пристрастиями, годами (а то и десятилетиями), упражнялись в практике игнорирования чувств, сдерживания чувств и прятанья чувств, так что их выражение будет ощущаться очень затруднительным поначалу. Но только таким образом те, кто слушают, узнают, что Вы на самом деле приняли Ваш Первый Шаг внутри себя. Существуют предсказуемая модель. Она типично идет как следующее:

- Защитные объяснения и манипуляции – показывают, что алкоголик и наркоман все еще в отрицании.
- Сообщение о фактах – показывает интеллектуальное понимание.
- Выражение гнева и страха – отражают то, что алкоголик и наркоман принимает ответственность.
- Описание стыда и смущения – означает, что аддиктивная гордыня уходит.
- Делится печалью и болью – показывает эмоциональное понимание.
- Признает глубину своего одиночества – свидетельствует о принятии.

Достижение точки принятия представляет глубокий поворотный пункт для большинства людей в выздоровлении. Здесь приведены некоторые наметки, как достичь этого. Вашу историю предстоит узнать двум людям из Вашей группы, в сопровождении Вашего терапевта или консультанта. С этими людьми перечитайте всю работу, которую Вы сделали, включая Ваше употребление, историю болезни, Ваши последствия,

примеры бессилия, примеры неуправляемости, Ваши потери и самые худшие моменты. Когда Вы представляете Ваш Первый Шаг, Вы, скорее всего, не будете в состоянии поделиться всей историей, поскольку время группы обычно ограничено. Ваша цель – поделиться Вашими чувствами. Если Вы сможете добраться до Ваших сердцевинных чувств, приводить все детали нет никакой необходимости. Сфокусируйтесь на самых болезненных и постыдных для Вас частях. Ваш направляющий вопрос всегда должен быть следующим: «Как скверно это было для Вас». Попросите Ваших консультантов и Вашего терапевта о помощи, чтобы решить, какие части Вашей истории и чувства представлять.

Многие люди, страдающие болезненными пристрастиями, находят, что им трудно чувствовать. Здесь приведены некоторые идеи, которые помогут Вам в этом. Выберите параграфы, которые включают вредное влияние на Ваших детей, боль Вашей супруги или Вашего партнера, Ваши утраты или Ваше смущение перед публикой. Спросите самих себя, на что это было бы похоже, если бы все узнали обо всем. Используйте Ваш «список самых худших моментов» прямо с самого начала как отправную точку, чтобы помочь Вам приступить к Вашим чувствам. Ваши товарищи по группе или терапевт могут попросить Вас приложить дополнительную работу к этому, до тех пор, пока они не увидят Ваше полное принятие. Попросить Вас поработать над этим более, чем нормально. Это означает две вещи. Во-первых, они поддерживают Вас и подталкивают Вас к тому, чтобы Ваши настоящие нужды были на самом деле удовлетворены. Во-вторых, они знают, на что принятие выглядит похожим. Здесь приведено то, что их интересует:

- никаких оправданий или объяснений (Вы употребляли потому, что Вы употребляли);
- ясное понимание бессилия, с хорошими примерами усилий остановить употребление;
- ясное понимание неуправляемости, с хорошими примерами последствий;
- знание Вашей аддиктивной системы;
- знание о том, как Ваше употребление соответствует критериям болезненного пристрастия;
- самое плохое выражено и секреты раскрыты;
- принятие полной ответственности за действия;
- сфера чувств выражена;
- чувства являются подходящими для докладываемых событий;
- страдание, включая горе, боль, печаль, сожаление и угрызения совести;

- охваченность одиночеством:
- обязательство сделать все, что потребуется для того, чтобы измениться. С этими критериями в уме, Вы расскажете Вашу историю.

Иногда люди, страдающие болезненными пристрастиями, испытывают замешательство по поводу того, как это кто-то может быть бессильным, и в то же самое время нести ответственность. Здесь существует некий парадокс, но он разрешается, если Вы помните следующее. В одиночку Вы бессильны. Вы были не в состоянии остановить Ваше употребление. С помощью Вы можете. Вы употребляли алкоголь и наркотики. Никто другой не ответственен за это. Никто не заставлял Вас пить и употреблять. Вы выбрали это. Сейчас, благодаря новоприобретенным знаниям, Вы несете ответственность за то, чтобы использовать те инструменты, которые у Вас теперь есть и получить помощь, в которой Вы нуждаетесь. В Вас действовали силы, которые Вы не понимали, но сейчас Вы отдаете себе отчет.

Помните сообщение из Большой Книги Анонимных Алкоголиков, когда в ней описано болезненное пристрастие как хитрое и сбивающее с толку. Ваш внутренний «алкоголик» или «наркоман» попытается саботировать Ваш Первый Шаг. Здесь приведены некоторые вещи, которые могут случиться:

- Вы можете подвергнуться искушению выпить или употребить, даже каким-нибудь незначительным образом (таблеточка феназепам на ночь, только продегустировать пиво...).
- Вы можете хотеть сохранить что-нибудь в секрете или защитить кого-нибудь.
- Вы можете хотеть отложить выполнение этой задачи на потом.
- Вы можете обнаруживать вещи, на которые Вам нужно переключить внимание, или вещи, которые выводят Вас из душевного равновесия, так что Вы не в состоянии сейчас заниматься этой работой.
- Вы можете обнаруживать недостатки у Вашей группы, Вашего терапевта или Вашей лечебной команды.
- Вы можете искать или создавать семейный кризис.
- Вы можете обнаруживать самих себя страстно желающими употребить в Ваших других болезненных пристрастиях (поиграть в азартные игры, завести романтические отношения и т. п.).
- Вы можете обнаружить самих себя погрязшими в ненависти к самому себе и отвращении к самому себе.

Иными словами, Ваш «алкоголик» или «наркоман» может просить Вас остаться преданным старому образу жизни. «Хитрый и сбивающий с толку»!

Но тем не менее, если Вы упорно продолжаете, Вы обнаружите, что Первый Шаг учит новому и более осознанному образу жизни. Беспокойство и страдание становятся стимулами, скорее, чем врагами. Вы научитесь, что изменения являются сущностью жизни и что непознанные вещи существуют для каждого. То, что использовалось, чтобы калечить Вас, станет необычайным источником мудрости. Трудности не прекратятся, но Ваша способность эффективно справляться с ними увеличится во много раз. И у Вас проявятся проблемы, не связанные с алкоголем и наркотиками. Вы выкуете новые связующие узы и будете достойны уважения за то, как Вы обращаетесь с самим собой. Не важно, насколько велик страх или вызов, мир сердца проникнет сквозь все, что Вы делаете. Вы начинаете, берясь за эту работу. Точно так же, как те люди 76 лет назад на Ардмор Авеню.

3.1 Путеводитель для работы в малой группе.

Следующие путеводные направления предлагаются вам как участнику малой психокоррекционной группы, чтобы достичь наибольшего для вас результата. Обучение тому, как функционировать в группе не происходит автоматически. Здесь представлены некоторые из основных методов общения, овладев которыми вы сможете получить полезный и приносящий удовлетворение опыт.

1. Слушайте. Слушайте, что человек в действительности пытается вам сказать. Учитесь слушать так, чтобы вы могли повторить сказанное, – это поможет вам реально понимать то, что говорится.

2. Делитесь. Будьте готовы сказать о себе более глубоко. Это – когда вы говорите о своих чувствах: и приятных вам и неприятных. Позвольте себе испытывать неприятные чувства.

3. Будьте открытыми. Практикуйте открытую позицию в отношении того, кто с вами в группе. Будьте реальным «Я», будьте естественным и расслабленным.

4. Доверяйте. Поверьте, что людям можно доверять так же, как и вам. Доверяйте им, и они будут доверять вам. Построение доверия в группе – действительно, трудная задача, потому что каждый из нас боится говорить о чем-то личном, стать преданным или критикуемым кем-то. Но рискните и попробуйте.

5. Спрашивайте. Вы можете помочь каждому человеку, сознавая, что он говорит и, задавая ему вопросы, которые показывают, что вы его понимаете.

6. Не критикуйте. Конструктивные и позитивные установки имеют большое значение для того, чтобы иметь возможность получения опыта

в группе. Не критикуйте ошибки и недостатки других. Помните о том, что критика – это один из способов защиты от своих собственных чувств.

7. Не давайте советов. Это не наше право предлагать каждый раз совет кому-либо в группе. Сделать так – значит лишить человека возможности самостоятельно принять решение. Дайте человеку право и возможность найти свои собственные ответы на свои вопросы и проблемы.

8. Осознавайте свое собственное поведение. Наблюдайте за тем, как вы функционируете в группе и с группой. Отметьте, например, как много времени вы говорите в группе: слишком много, недостаточно много или как раз нормально. Вы можете получить обратную связь о своем поведении от других участников группы.

9. Будьте честными с собой и другими. Говорите о чем-либо так, как это есть на самом деле. Это даст вам ощущение внутренней свободы. В этом случае отношения доверия будут построены быстрее. Рискните поделиться своими чувствами.

10. Принимайте результат. Даже если вы получили от работы в группе меньше того, что хотели бы, знайте, что другие тоже что-то приобретают из этого опыта. Примите тот результат, который вы получили на данный момент, может быть, в следующий раз вам удастся извлечь нечто большее.

3.2 Правила группы.

1. Используйте в разговоре только «Я» для заявления. Можно говорить: «Я думаю...», «Я чувствую...» и т. п. Нельзя говорить «Он думает...», «Он чувствует...» и т. п.

2. Слушайте. Когда кто-то из членов группы говорит, его нужно слушать не перебивая. Нельзя комментировать слова других участников во время их речи. Если вы хотите что-то сказать говорившему или прокомментировать его слова, то спросите у него разрешение и только потом говорите.

3. Соблюдайте конфиденциальность. То, что происходит в группе, должно там и оставаться. Нельзя рассказывать кому – либо о жизни, мыслях, чувствах других участников. В случае, если вы делаете это, то должны позаботиться о том, чтобы никто не мог опознать по вашим словам конкретного человека.

4. Оставайтесь «здесь и сейчас». Говорите о ваших переживаниях в настоящий момент, о ваших сегодняшних проблемах. Старайтесь свести до минимума воспоминания о прошлом и мечты о будущем.

5. Давайте конструктивную «обратную связь». Говорите не о человеке в целом, а о его поведении в конкретной ситуации. Говорите о своих чув-

ствах по поводу его поведения. Не давайте советов.

3.3 Список лекций.

Лекции, читаемые психологами.

1. Кривая Джелинека.
2. Групповая динамика.
3. Обратная связь.
4. Механизм принятия решения.
5. Негативное и зависимое мышление.
6. Механизмы психологической защиты.
7. Нечестность.
8. Комппульсивное поведение.
9. Честность.
10. Напряжение.
11. Семейные аспекты химической зависимости.
12. 10-й шаг АА.
13. Признаки срыва.
14. Физические симптомы, возникающие в период выздоровления.

Лекции, читаемые консультантами по химической зависимости.

1. АА и лечебная программа.
2. Бессилие (1-й шаг).
3. Неуправляемость (1-й шаг).
4. Здравомыслие.
5. Срыв.
6. 15 пунктов трезвой жизни.

3.4 Видеофильмы.

1. Отец Мартин 1. «Беседа с мелом у доски».
2. Отец Мартин 2. «12-шагов АА».
3. «Меня зовут Bill W». Художественный (телевизионный) фильм.

США.

4. «Когда мужчина любит женщину». Художественный фильм. США.
5. «Чистый и трезвый». Художественный фильм. США.
6. «Путешествие к заокеанским алкоголикам». Телевизионный фильм.

Россия.

7. «28 дней». Художественный фильм. США.

3.5 Список литературы.

1. Алкоголизм – семейная болезнь. М: Двенадцать. – 1994 г.
2. Анонимные алкоголики. Нью-Йорк: Alcoholics anonymous word services, inc. – 1989 г.

3. Барцалкина В. В. Программа духовного развития «12-шагов» в практике лечения алкоголизма. – М: Ж. Мир психологии и психология в мире. – 1994. – № 0.
4. Барцалкина В. В. Ад благих намерений. – М: Ж. Путь к себе. – 1993. – № 8/9.
5. Батищев В. В. 12-шаговые групповые программы в клинике алкоголизма. – М.: Ж. Вопросы наркологии. – 1998. № 2.
6. Батищев В. В., Негериш Н. В. Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Ж. Вопросы наркологии. – 1999. № 3.
7. Батищев В. В., Негериш Н. В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей. – М: Ж. Алкогольная болезнь. – 1999. – № 2.
8. Батищев В. В., Негериш Н. В., Смирнова Е. В. Аддиктивное поведение. – Ставрополь: Учиздат. – 2000.
9. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум и поведение. М: Мир. – 1988.
10. Браун Д., Педдер Д. Введение в психотерапию: принципы и практика психодинамики. М: Класс. 1998 г.
11. Валентик Ю. В., Зыков О. В., Цетлин М. Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. М: РБФ «НАН». – 1997.
12. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии при алкоголизме. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н. Н. Иванца. М: РБФ «НАН». – 1995.
13. Валентик Ю. В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н. Н. Иванца. М: РБФ «НАН». – 1995.
14. Воронович Б. Алкоголизм: природа, лечение, выздоровление. М: «ООО ИИЦ «Информ – 12»». – 1999.
15. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. Нью-Йорк: Alcoholics anopimous word services, ins. – 1989 г.
16. Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. М: Прогресс, Универс. – 1993.
17. Жить трезвым. Нью-Йорк: Alcoholics anopimous word services, ins. – 1990 г.
18. Зыков О. В., Цетлин М. Г. Духовно-ориентированные методы лечения наркологических заболеваний. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н. Н. Иванца. М: РБФ НАН. – 1995.
19. Иванец Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н. Н. Иванца. М: РБФ НАН. – 1995.

20. Иванец Н. Н., Валентик Ю. В. Алкоголизм. М: Наука. – 1988.
21. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб: Питер. – 1998.
22. Кондрашенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия. Минск: Высшая школа. – 1997.
23. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М: Академический Проект. – 1999.
24. Лосева В. К., Луньков А. И. Рассмотрим проблему. М: ТОО ЭСИ. – 1995 г.
25. Макаров В. В. Психотерапия и психологическое консультирование. М: Российская медицинская академия последиplomного образования. – 1998 г.
26. Мартин Д. Беседы с мелом на доске. Санкт-Петербург: Фонд им. С. Батория. – 1993 г.
27. Москаленко В. Д. Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом. М: Наука. – 1992 г.
28. Негериш Н. В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Ж. Вопросы наркологии. – 1999. – № 2.
29. Некоторые принципы взаимоотношений членов сообщества АА.//Почему митинги АА помогают алкоголикам? Варшава – Санкт-Петербург: Фонд им. С. Батория. Ж. Арка. – 1997.
30. Осятинский В. Алкогольная зависимость: болезнь или порок. Санкт-Петербург: Институт Открытое Общество. – 1997.
31. Рудестам К. Групповая психотерапия. М: Прогресс. – 1993 г.
32. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е. Наркология. М: СПб: «издательство БИНОМ» – «Невский диалект». – 1998.
33. Шабанов П. Д., Калишевич С. Ю. Биология алкоголизма. СПб: «Лань». – 1998.
34. Ширман А. Депрессия. Путь к исцелению. М: Деконт+. – 1998.
35. Ялом И. Д. Теория и практика групповой психотерапии. СПб: Питер. – 2000.
36. Материалы 1-й Московской научно-практической конференции по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии.
37. «Алкоголики о себе», ООО Информационно-издательский центр Информ-12 1997 г.
38. «Огонек», № 28 1996 г «Что наша жизнь? Наркотик?»
39. Материалы к заседанию ПКПН (апрель-июнь 2001 г)
40. Теория и методика социальной работы. Уч. Пособие. М.: Изд-во «Союз», 1994 г.

41. Настольная книга специалиста//под редакцией Демидовой Т. Е. Институт социальной работы, 1995 г.
42. Роберт М. А., Тильман Ф. Психология индивида и группы. М., 1998 г.
43. Работник социальной службы//Под редакцией Панова. Издательский центр «Старая Басманная», 2000 г. № 3.
44. Социальные технологии. Толковый словарь. М.- Белгород. Издательство «Луч» – Центр социальных технологий, 1995 г.
45. Технологии социальной работы. Учебно-методические материалы. М., 1998 г.
46. Технология социальной работы. Учебное пособие.//Под редакцией И. Г. Зайнышева. – М.: «Владос». 2000 г.
47. Черников А. В. Интегративная модель системной психотерапевтической диагностики. – М., 1997 г.
48. Сермягина О. С. Эмоциональное отношение в семье//Социально-психологическое исследование. – Кишенев, 1991 г.
49. Соколова Е. Т. Сомосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.6 Изд-во МГУ, 1989 г.
50. Семья в психологической консультации//Под редакцией Бодалева, ВВ Столина. – М.: Педагогика, 1989 г.
51. Лекционный цикл «Био-психо-социо-духовная модель химической зависимости» Молев Е. И. (РБФ «НАН» 2001 г.)
52. И. П. Анохина «Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ» – Лекции по клинической наркологии под редакцией Н. Н. Иванца, РБФ НАН, М. 1995 с. 16–21
53. Т. В. Чернобровкина «Биохимические аспекты зависимости от алкоголя и наркотиков», аудиолекция, РБФ «НАН» 1997 г.
54. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании//под ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого, И. Б. Орешниковой. – Самара: Издательство Самарского университета, 1999 г.
55. Битенский В. С., Херсонский Б. Г., Личко А. Е. Психологические факторы в развитии токсикомании у подростков//Психол. Журнал. – 1991 г. – т. 12 – № 4. Научно-методические основы первичной профилактики детской наркомании//Под ред. К. С. Лисецкого, С. В. Березина. – М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2000 г.
56. В. Д. Москаленко. Жена больного алкоголизмом – Школа выживания. М.: РАОЗ 2002 г.
57. В. И. Литвиненко. В тени зависимой семьи. Детские и подростковые проблемы. Полтава 2001 г

Глава 4.

Амбулаторная постреабилитационная программа «Спасательный круг плюс».

Петров М.Л.

Цель.

Цель постреабилитационной программы «Спасательный круг плюс» – помощь клиентам в улучшении эмоционального и психологического состояния здоровья, а также улучшении их семейных и других межличностных отношений на стадиях раннего, среднего и последующего выздоровления; формирование у клиентов способности эффективно и комфортно строить свою дальнейшую жизнь с учетом наличия у них хронического заболевания.

Объект.

Мужчины и женщины от 18 лет и старше, страдающие зависимостью от употребления психоактивных веществ (ПАВ) – алкоголя, наркотиков и других химических веществ, изменяющих состояние сознания, полностью прошедшие курс базовой реабилитации в программе «Спасательный круг» (или аналогичной программе).

Задачи постреабилитационной программы.

1. Прояснение реалистичности предъявляемых клиентом ожиданий к своему выздоровлению.
2. Осознание и принятие дефектов своего мировосприятия, препятствующих дальнейшему личностному росту;
3. Выявление ошибок в построении социальных отношений (друзья, семья, работа), изменение старых сценариев и установок, формирование новых;
4. Работа с неадекватной самооценкой – подкрепление мотивации к изменениям;
5. Формирование зрелой, самостоятельной, твёрдой и реалистичной позиции в дальнейшей жизни клиентов, их выздоровлении.

Содержание, методики и техники.

Форма работы – групповая. Каждое занятие состоит из двух частей:

1. Информационного семинара по темам, определенным программой постреабилитационного курса. Темы информационного семинара: Химическая зависимость – заболевание, вызванное эмоциями. Как извлечь наибольшую пользу от групповой терапии? Дерево дефектов характера. Обида. Вина. Страх. Эгоцентризм. Нечестность. Нетерпимость. Гордыня. Зависть. Вожделение. Лень. Стыд. Понимание гнева. Одиночество. Горе. Зависимость и созависимость. Зрелость. Своеволие. Нехимические

зависимости. Выражение чувств. Духовность и религия. Типы поведения созависимых. Треугольник Кармана. Связь образа себя и чувств. Благодарность.

2. Психокоррекционной группы по запросам участников.

Индивидуальное психологическое консультирование проводится по запросу участника или по рекомендации специалистов программы. Все клиенты во время прохождения постреабилитационной программы посещают собрания групп самопомощи АА, АН, АИ.

Используются методики когнитивно-бихевиоральной, экзистенциальной и др. подходов, техники арт-терапии, элементы психодрамы, гештальт-терапии, транзактного анализа, релаксационные техники, аутогенная тренировка и другие упражнения, способствующие выполнению поставленных задач.

Группа открытая с обновлением по мере поступления клиентов, завершивших базовый курс реабилитации. Постреабилитационный курс для каждого пациента – 8 месяцев. При успешном завершении курса выдается сертификат участия. Программа функционирует с октября по май по субботам с 11.00 до 14.45.

Дополнительные условия постреабилитационной программы «Спасательный круг плюс».

Поступление в программу бесплатно, анонимно и предваряется знакомством пациентов с целями, задачами постреабилитационного курса, подписанием соглашения, разделяющего ответственности сторон и оговаривающего условия посещения пациентами данной программы (трезвость, соблюдение установленных правил).

Персонал постреабилитационной программы.

Персонал программы: 4 специалиста: 2 психолога и 2 специалиста по социальной работе или социальных работника, обладающих опытом проведения групповой реабилитационной работы с зависимыми не менее трех лет и имеющих достаточный собственный опыт выздоровления.

Материальное обеспечение.

- Помещение для групповых занятий: теплая хорошо проветриваемая комната 20–24 м², пригодная проведения лекций и тренингов, просмотра видеоматериалов.
- Необходимое количество стульев (15–20 шт).
- Кабинет для индивидуального консультирования.
- Компьютер с выходом в Интернет.
- Видео проигрыватель и телевизор для демонстрации стимульного материала.

- Аудио проигрыватель для проведения упражнений и медитаций.
- Доска для иллюстраций к лекциям.
- Расходные материалы (бумага, цветные карандаши, фломастеры, мелки, канцтовары).

Раздел IV.

Глава 1.

Амбулаторная реабилитационная программа «Вне Игры».

Автономов Д.А., Герасимов Р.В., Ларина О.В.

1.1 Введение.

Амбулаторная программа «Вне Игры» является реабилитационно-профилактической и психокоррекционной программой для помощи лицам, обратившимся по поводу игровой зависимости. Невозможность усилием воли отказаться от участия в азартных играх, несмотря на очевидные вредные последствия, постепенно становится более частой причиной обращения за медицинской и психотерапевтической помощью. По мнению Бухановского А. О. с соавторами, (2002) значимость этой проблемы подтверждается следующим:

1. поражение лиц молодого возраста;
2. быстрая десоциализация этих людей, влекущая значительный прямой и косвенный экономический ущерб для каждого из них, их семей и общества в целом;
3. высокая общественная опасность этого расстройства – криминализация и виктимизация больных;
4. наличие большого отряда коморбидных расстройств и коморбидных лиц;
5. отсутствие единого понимания природы, психопатологии, клинической динамики, подходов к терапии и профилактике данного расстройства.⁸⁰

Патологический азартный игрок – это человек охваченный страстью, которая приводит его к постепенной личной, социальной и профессиональной дезадаптации, разрушая отношения со значимыми другими. Зависимость от азартных игр в последние годы стала одной из серьезных социальных и медицинских проблем в российском обществе. Но при этом недостаточно разработаны и описаны комплексные программы реабилитации больных, страдающих игровой зависимостью.

⁸⁰ Бухановский А. О., Андреев А. С., Бухановская О. А. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. Ростов на Дону, 2002 г. – 35 с.

1.2 Для кого предназначена реабилитационная программа «Вне Игры».

Реабилитационная программа «Вне Игры» предназначена для пациентов, у которых психиатром-наркологом, была диагностирована «Патологическая склонность к азартным играм» в соответствии с критериями МКБ-10 (F 63.0).⁸¹

Критерии включения в программу «Вне Игры»: Пациенты старше 18 лет, давшие 7 и более положительных ответов по опроснику «Двадцать вопросов Анонимных Игроков» и набравшие 5 и более баллов по диагностической шкале SOGS (South Oaks Gambling Screen – Скрининг-тест для оценки игровой зависимости).

Критерии исключения: Пациенты моложе 18 лет. Пациенты со склонностью к азартным играм и заключению пари (Z72.6 по МКБ-10). Пациенты с маниакально-депрессивным психозом, циклотимией и шизофренией.

Цель: Данная программа направлена на помощь участникам в достижении устойчивой ремиссии, (полного воздержания от участия в азартных играх). А так же на исследование, изменение и улучшение качества жизни в период поддержания ремиссии.

Задачи:

- Приобретение необходимых знаний и навыков для формирования устойчивой ремиссии, а так же грамотного поведения в случае срыва и уменьшения его вредных последствий.
- Понимание природы зависимости от азартных игр и аддиктивного поведения в целом.
- Изменение типичных, опасных паттернов поведения, приводящих к повторному участию в азартных играх.
- Снижение финансового давления.
- Профилактика очередного игрового срыва.
- Развитие навыков совладания со стрессом и решения проблем.
- Улучшение межличностных взаимоотношений и отношений в семье.

1.3 Определение понятия игры и классификация игр.

Азартная игра – распространенное, социально приемлемое и легальное занятие в большинстве культур мира. Обычно, это игра со ставкой на что-нибудь ценное (как правило, деньги) на то, что произойдет собы-

⁸¹ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике/Пер. на русск. яз. Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб, Адис. – 1994. – 302 с.

тие, результат которого непредсказуем и обуславливается случайностью. Внутренней сутью азартной игры является психическое напряжение (и следующая за ней разрядка) от осознания риска потери имеющейся ценности в сочетании с надеждой выиграть нечто более ценное при неопределенном исходе развития событий.

Классическая работа нидерландского историка и культуролога Йохана Хейзинга *Homo ludens* (Человек играющий) была посвящена анализу всеобъемлющей сущности феномена игры и универсальному значению ее в человеческой цивилизации. Он определил формальные признаки, свойственные тому роду деятельности, который мы именуем игрою. Й. Хейзинг пишет: «Суммируя, мы можем назвать игру, с точки зрения формы, некоей свободной деятельностью, которая осознается как «ненастоящая», не связанная с обыденной жизнью и, тем не менее, могущая полностью захватить играющего; которая не обуславливается никакими ближайшими материальными интересами или доставляемой пользой; которая протекает в особо отведенном пространстве и времени, упорядоченно и в соответствии с определенными правилами и вызывает к жизни общественные объединения, стремящиеся окружать себя тайной или подчеркивать свою необычность по отношению к прочему миру своеобразной одеждой и обликом».⁸²

G. Mead (1934) полагал, что игра – универсальная парадигма социальной ситуации. Он ввел понятие «социальной роли» и рассматривал человека как разновидность животного – играющего роли, способного к символизации и лингвистической коммуникации. Играть – значит, следовать правилам игры и принимать роли. Процесс игры предполагает, что каждый игрок следует правилам и способен взять на себя роль (роли) других игроков. Все это имеет исключительное значение для социального развития человеческого существа. Также G. Mead привел свою классификацию игр:

1. Игру, обозначаемую английским словом «play», то есть игру спонтанную, без заранее установленных правил, игровое приключение.

2. Игру, обозначаемую английским словом «game», игру социализированную, структурированную, игру по заранее установленным правилам.⁸³

Азартные игры отличаются от неазартных тем, что в них помимо ставки присутствует везение, случай. Любая азартная игра построена на принципе неопределенности. Её результат невозможно спрогнозировать.

⁸² Хейзинга И. *Homo ludens*. В тени завтрашнего дня. М.: Издательская группа «Прогресс», «Прогресс-Академия», 1992.

⁸³ Mead G. *Mind, self and society*. Charles W. Morris, Chicago, 1934

вать заранее. Случайность никогда не предугадаешь, независимо от количества опытов, желаемый результат непредсказуем, иногда он есть, а иногда его нет. Отсутствует, какая бы то ни было «система». Какие-либо особые личностные качества или игровой опыт не имеют большого значения.

Среди игроков находятся люди, чья вовлеченность в игру постепенно, часто незаметно для них самих, приобретает характер одержимости. Она перестает быть той самой «свободной деятельностью», осуществляемой произвольно в «свободное время». Игра для них это нечто, без чего они не могут обойтись. Игру не возможно отложить, напротив откладывается работа, неотложные дела, данные ранее обещания и принятые обязательства. Иногда игра воспринимается как чисто физическая потребность, вытесняя голод, усталость и секс. Таким игрокам начинает казаться, что игра и есть «настоящая», «подлинная» жизнь. А обычная повседневная жизнь начинает восприниматься как серая, скучная и неудовлетворяющая. Временные границы начинают искажаться, и продолжительность игры многократно продлевается и увеличивается. Выйдя из одного игорного заведения, игрок часто отправляется играть в другое. Такие люди начинают чувствовать себя комфортно, только когда играют, они полагают что сами устанавливают правила игры и могут силой своей мысли влиять на случай. Обычно они высокомерны, болезненно остро чувствуют свою обособленность и отличие от других, не играющих людей которые их «не понимают». Круг общения постепенно все больше и больше ограничивается такими же, как они игроками, а разговоры все больше сводятся к обсуждению игр, игровых залов, выигрышей и проигрышей. Такие люди страдают от патологического гемблинга (от английского слова gamble – рискованное предприятие, азартная игра) в отличие от гемблинга социального при котором контроль сохранен, или говоря медицинским языком – от патологического влечения к азартным играм.

Р. Кастер (Custer R. L., 1984) выделил и описал три стадии развития патологического гемблинга в которой одна стадия последовательно сменяет другую: стадию выигрышей, стадию проигрышей и стадию отчаяния.⁸⁴

Стадия выигрыша характеризуется эпизодической игрой, частыми выигрышами, фантазиями о новой игре, более частой игрой и более крупными выигрышами, тенденцией повышать ставки, усилением фантазий об игре и необоснованным оптимизмом.

⁸⁴ Custer R. L. Profile of the pathological gambler//J. Clin. Psychiatry. – 1984 Dec. – V. 45. – № 12 – Pt 2. – P. 35–38.

Стадия проигрышей характеризуется интенсивной игрой чаще в одиночестве, хвастовством выигрышами, фиксацией на игре, крупными проигрышами желанием отыграться и невозможностью остановиться, начав играть. Лавинообразно нарастает ложь, скрытность, избегание, уменьшение внимания, уделяемого семье, работе, друзьям, появляются крупные долги, депрессия, вспышки ярости, импульсивность, безрезультатные попытки бросить играть.

Стадия отчаяния характеризуется потерей профессиональной и личной мотивации, происходит окончательная потеря контроля над игрой, деньгами и временем, игра происходит по максимальным ставкам, игрок совершает криминальные действия для финансирования игры. Наступает окончательная изоляция от семьи и друзей, развод, арест, раскаяние, преследующие чувство вины и стыда. Нарастает ощущение безнадежности, отчаяние, суицидальные мысли, алкоголизация и аутизация.

Р. Кастер (Custer R.L., 1987) на примере лиц зависимых от участия в азартных играх, полагал, что использование термина «патологический» более адекватно и корректно с научной точки зрения, так как термин «компульсивный» предполагает наличие подсознательной мотивации, внутреннего конфликта и активных попыток субъекта совладать с влечением. Термин «патологический» в свою очередь свободен от подсознательной мотивации и является антонимом термина «социальный» или «не патологический». Однако Р. Кастер при описании пациентов, страдающих от игровой зависимости, допускал использование терминов «компульсивный игрок» и «патологический игрок» как взаимозаменяемых и синонимических.

1.4 Медицинский подход – дифференциальная диагностика и оценка.

Медицинская модель рассматривает патологическую склонность к азартным играм как расстройство влечений, приносящих вред, как индивидууму, так и обществу. Эта категория включает нарушения поведения, которые не учитываются другими рубриками. Патология влечений характеризуются повторяющимися поступками без ясной рационализации мотивации, которые, в общем, противоречат интересам самого пациента и других людей. Пациент сообщает, что это поведение вызвано влечениями, которые он не может контролировать. В соответствии с традицией из этой категории исключены чрезмерное употребление алкоголя или наркотиков, они рассматриваются и категоризируются отдельно.

Международная классификация болезней (МКБ-10) описывает игроманию следующим образом: «Это расстройство заключается в частых

повторных эпизодах участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей».

В соответствии с критериями, приведенными в МКБ-10, диагноз: «Патологическая склонность к азартным играм» (код по МКБ-10 – F63.0) может быть поставлен на основании следующих признаков:

А. Два или более эпизодов участия в азартных играх за минимум годичный период.

Б. Эти эпизоды не приносят выгоды индивидууму, но продолжаются, несмотря на вызываемый ими личностный дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни.

В. Индивидуум описывает трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли.

Г. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами с ней связанными.

«Пациенты могут рисковать своей работой, делать большие долги и нарушать закон для того, чтобы добыть деньги или уклониться от выплаты долгов. Они описывают сильное влечение играть в азартные игры, которое с трудом поддается контролю, а также овладевающие мысли и представления акта игры и тех обстоятельств, которые сопутствуют этому акту. Эти овладевающие представления и влечение обычно интенсифицируются в то время, когда в их жизни имеют место стрессы».

Далее в МКБ-10 приводятся следующие диагностические указания: «Основным признаком является постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и часто углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и разрушение личной жизни».

Проводится дифференциальный диагноз. Патологическую склонность к азартным играм следует отличать от:

- а) склонности к азартным играм и заключению пари (Z 72.6);
- б) частых азартных игр ради удовольствия или денег; такие люди обычно сдерживают свое влечение, когда сталкиваются с большими потерями или другими неблагоприятными последствиями азартных игр;
- в) чрезмерного участия в азартных играх маниакальных больных (F 30.-);
- г) азартных игр социопатических (антисоциальных) личностей (F60.2x). Эти люди обнаруживают более широкое стойкое нарушение социального поведения, проявляющееся в агрессивных поступках, по-

средством которых они показывают свое равнодушие к благополучию и чувствам окружающих.

Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association, 1994) (код по DSM-IV – 312.31) также определяет это заболевание как расстройство контроля над влечениями, характеризующееся дезадаптирующим повторяющимся поведением в виде игромании, имеющим разрушительные последствия для семейной, профессиональной и социальной жизни. Согласно этой классификации диагноз патологического гемблинга ставится при наличии пяти и более признаков из раздела «А» в сочетании с пунктом раздела «Б».

Критерии «А». Симптомы патологического игрока:

1. поглощенность, озабоченность игрой (вспоминает о прошлых играх, планирует будущие ставки, думает о том, как найти деньги на следующую игру);
2. играя, испытывает возбуждение и повышает ставки;
3. испытывает затруднения при попытках контролировать или прервать игру;
4. чувствует тревогу или раздражение при необходимости ограничить ставки или остановить игру;
5. играет, чтобы убежать от своих проблем или поднять настроение (уйти от чувства вины, тревоги, депрессии);
6. предпринимает попытки отыграться на следующий день после проигрыша;
7. обманывает членов семьи или терапевта с целью скрыть истинную степень своей вовлеченности в игру;
8. совершает такие незаконные действия как подлог, обман, кража или растрата для финансирования игры;
9. вызывает игрой риск потерять работу, близких друзей, возможность продвижения по службе или получения образования;
10. перезанимает деньги у других лиц, чтобы расплатиться с уже имеющимися долгами, вызванными игрой.

Критерий «Б».

Игра не связана с маниакальным эпизодом

В дополнение к клиническому интервью, проводимому врачом, для обследования, диагностики и оценки степени тяжести патологической склонности к азартным играм, разработано несколько структурированных инструментов. Один из которых, является наиболее популярным, называется «Двадцать вопросов анонимных игроков»:

1. Приходилось ли Вам тратить на игру рабочее или учебное время?

2. Была ли игра когда-нибудь причиной неурядиц в Вашем доме?
3. Повлияла ли игра на Вашу репутацию?
4. Случалось ли Вам чувствовать раскаяние после игры?
5. Приходилось ли Вам играть, чтобы добыть деньги для погашения долга или для решения других финансовых проблем?
6. Стала ли игра причиной уменьшения Ваших амбиций и деловых качеств?
7. Проиграв, чувствуете ли Вы потребность вернуться как можно скорее и отыграться?
8. Выиграв, ощущаете ли Вы сильное желание вернуться и выиграть еще больше?
9. Играете ли Вы зачастую до последней копейки?
10. Случалось ли Вам одалживать деньги на игру?
11. Случалось ли Вам продавать что-либо, чтобы финансировать игру?
12. Бывало ли так, что Вам было жаль потратить «игровые» деньги на обычные расходы?
13. Бывало ли, что из-за игры Вы переставали заботиться о благополучии своем и своей семьи?
14. Приходилось ли Вам играть в азартные игры дольше, чем вы планировали?
15. Играли Вы когда-нибудь, чтобы отвлечься от беспокойства и неприятностей?
16. Приходилось ли Вам планировать или совершать какое-либо противоправное действие ради финансирования игры?
17. Нарушала ли игра Ваш сон?
18. Случалось ли так, что ссоры, разочарования или огорчения вызывали у Вас тягу к игре?
19. Приходило ли к Вам желание отпраздновать какое-либо счастливое событие несколькими часами игры?
20. Думали ли Вы когда-нибудь о самоубийстве в связи с азартной игрой? ⁸⁵

Большинство компульсивных игроков ответят «да», по крайней мере, на семь из этих вопросов.

Для пациентов, которые соответствуют выше описанным критериям, посещение игровых заведений и участие в азартных играх является нечто большим, чем приятное времяпровождение. Складывается впечатление

⁸⁵ «Двадцать вопросов анонимных игроков» Взято с официального сайта Анонимных Игроков. Режим доступа: http://gamblersanonymous.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=143 21.06.2012

чатление: такие игроки не просто оплачивают свое развлечение, что абсолютно нормально, а инвестируют свои капиталы. Причем, вкладывая гораздо больше, чем могут себе реально позволить.

Казино – это развлекательное заведение для всех, но не для азартных игроков – они ходят туда как на работу. Такие пациенты ставят свое участие в игровой активности превыше любых своих увлечений и занятий. Игра постепенно занимает все больше времени, а социальная активность сводится к лихорадочному добыванию денег, чтобы продолжить участвовать в играх. Важно помнить вот еще что – игровой бизнес существует благодаря проигрышу игроков. Проигрыш играющего – и есть доход заведения. Если бы это было не так, то игровой бизнес прекратил бы свое существование. Но азартный игрок ведет себя так, как будто считает, что игорное заведение существует для его личного обогащения и решения его финансовых проблем.

1.5 Практика реабилитации.

Если человек принимает решение пройти реабилитацию, то с ним подписывается соглашение, в котором оговорены условия, которые являются необходимыми для участия в группе, отказ от употребления ПАВ (включая алкогольные напитки) в течение прохождения программы, ограниченное число пропусков, выполнение заданий и т. д.

Подписание соглашения является важным терапевтическим аспектом в процессе реабилитации. Участник программы приходит к пониманию, что его участие в программе это не «вольное слушание», а работа, в которую нужно вкладываться. Тем самым диагностируется и усиливается личная мотивация участника. Сотрудникам программы важно самим выдерживать установленные правила. Если в процессе работы выясняется, что участник употреблял, допустим, спиртное, то сотрудники обязаны отстранить его, как бы порой тяжело это не было. Это сложный момент. Группа подвергается в этот момент большому стрессу. Часто группа становится на защиту этого участника, готова взять его на поруки и т. д. И здесь важно не поддаваться соблазну – стать «добреньким». Важно показать участникам «как это бывает»! Как это, похоже, когда игрок сам себя разводит и дает разрешение себе играть. Важно заставить участника столкнуться с реальностью и своей ответственностью за совершаемые поступки. Это не изгнание с позором – это честное расставание с выражением чувств (как правило, сожаления и поддержки) и возможностью позже вновь вернуться в реабилитацию. Временное условие возвращения – пока не закончит последний участник группы, в которой находился отстраняемый участник. При грамотной работе в таких си-

туациях группа сплавивается еще больше и выходит на новый уровень понимания своей ответственности за свое выздоровление. И около 50% отстраненных, возвращаются в программу.

Курс программы рассчитан на два с половиной месяца. Курс программы изначально был рассчитан на два месяца. Однако мы пришли к мнению, что курс нужно увеличить до 10 недель, за счет включения в программу посещений групп самопомощи Анонимные Игроки и обсуждения результата этих посещений на последующем занятии программы. Интенсивность курса – четыре дня в неделю (вторник, среда, пятница, суббота). Продолжительность занятий – три часа непосредственно с участниками программы (с 20-ти минутным перерывом), плюс один методический час для психологов и консультантов (анализ, подведение итогов, разработка планов, оформление документации). Начало занятий в 18.30. Курс предполагает 120 часов активной работы участников программы. Каждое занятие проводят два специалиста. Штат программы состоит из 5 специалистов – 2 психолога, 2 консультанта-психолога, 1 психолог-методист.

Процесс занятий – групповая психокоррекционная работа, которая включает в себя:

- Знакомство с философией сообщества Анонимные Игроки, основные принципы и понятия духовной программы выздоровления «12-шагов», профилактика срыва, проработка рецидива (если таковой имеет место), лекционный материал по проблематике в виде мини-лекций в процессе группы, создание и укрепление мотивации на выздоровление. Работа по снижению финансового давления.
- Упражнения, тренинги, ролевые игры, направленные на создание и развитие новых навыков, способствующих адаптации в социальной среде и в межличностных отношениях. Работа, направленная на осознание своих чувств, на осознание своих актуальных потребностей и получения нового опыта удовлетворения их, не разрушающими себя способами.
- Динамика группы, групповые процессы используется как материал для работы с самооценкой, тревожностью, старыми стереотипами. В результате происходит анализ и пересмотр личностной шкалы ценностей у участников группы. Работа, направленная на осознание чувств и потребностей, а также способов их удовлетворения, создание и укрепление мотивации на выздоровление.

Реабилитационный процесс строится на нескольких основных предпосылках и принципах.

1. Осознание проблемы – первый шаг на пути выздоровления. Игрок, сознавая, что его беды – это результат хронического заболевания (игровой зависимости) и ставит перед собой цель: воздержание от игры и процесс выздоровления. При этом любая изначальная мотивация прохождения программы – это всегда шанс узнать истинные причины нахождения в ней.

2. Факторы группового взаимодействия являются терапевтическими. Работа в группе позволяет создать модель родительской семьи и научиться участникам тем новым навыкам, которые ему необходимы в реальной жизни. Кроме того, поскольку любая группа является системой, то многие процессы происходят естественным образом и усваиваются довольно легко. И. Ялом подробно об этом пишет в своей книге «Групповая терапия. Теория и практика». Существование этих факторов носит вполне независимый характер. Но психологи-консультанты (ведущие группы) могут в большей или меньшей степени поддерживать влияние того, или иного лечебного фактора. То есть, можно «регулировать дозы» и «направлять» действие лечебных факторов. Учитывая специфику группы, одной из задач является фокусировка на таких лечебных факторах как:

- Универсальность переживаний.
- Сообщение информации.
- Групповая сплоченность.
- Корректирующий анализ влияния родительской семьи.
- Внушение надежды.
- Имитационное поведение.

3. В реабилитационном процессе активно задействованы наработанные навыки участников, их азарт, спонтанность, предприимчивость и т. д. С одной стороны поддержка того, что уже есть, снижает сопротивление, а с другой дает возможность не тратить энергию на сдерживание себя, а направлять ее в «мирное русло».

Идея «возможности, что-то бросить и жизнь наладится», для патологического игрока во многом утопична, поскольку ни для кого не секрет, что в природе не существует пустого пространства. И если человек отказывается от какой-либо важной для себя части, занимающей заметное пространство в жизни, душе, мыслях и т. д., то образовавшийся вакуум не позволяет человеку чувствовать себя, не только счастливым, но часто и просто удовлетворенным жизнью. Большинство алкоголиков, прошедших лечение с помощью т. н. «кодирования» в том, или ином виде, сравнивают свое состояние с тюремным заключением, когда приходится

считать дни до окончания срока заключения. Очевидно, что такое состояние никак нельзя назвать счастливым. Зачастую, страдающие зависимостью люди, обращаются за помощью под воздействием внешних факторов, не осознавая полный спектр, своих проблем. На первичной консультации можно услышать примерно следующее: «Жена сказала, что уйдет, если не пойду лечиться...», или «Партнеры по бизнесу поставили условия...» – т.е. если бы не это, то все у меня все бы было нормально. Поэтому, здесь появляется огромный шанс натолкнуться на сопротивление пациента и бесплодность попыток на него повлиять. Это самое время для применения техники «Мотивационное интервью» (консультирования усиливающего мотивацию), которую собственно можно и нужно применять уже на первичной консультации. А именно: избегая сопротивления, по фактам, взвесив «за» и «против», предоставив объективную информацию – дать возможность пациенту самому принимать решение о необходимости выздоровления и принятия помощи.

Итак, после осознания необходимости прекращения игры, освободившаяся энергия и силы направляются на процесс собственного выздоровления с целью восстановления жизни и возмещение ущерба нанесенного игрой, как окружающим, так и себе. Здесь нужно отметить стратегически важный момент на первом этапе. Необходимо для начала развести по разным углам «болезнь» и «личность», чтоб снизить уровень тревоги, вины и самоуничужения. Важно понимать, что самобичевание и чувство вины зачастую приводят снова в игровое заведение, или в другого рода зависимости. Для избегания этого необходимо предоставить игроку, решившему остановиться играть, достоверную информацию, и уже потом позволить принять ограничение собственных возможностей, принять болезнь в себе, т.е. восстановить целостность личности, после некоего расщепления – на «Я» и «Я и Болезнь». (И для этой цели группа является оптимальной формой работы.)

Многие из зависимых людей отличаются крайней инфантильностью. Внутренние проблемы ведущие к формированию зависимости, своими корнями уходят в детство и связаны с взаимоотношениями в родительской семье. Психокоррекционная группа, воспроизводя модель «здоровой» семьи, дает возможность не только увидеть их, но и «повзрослеть», измениться и найти иные, более конструктивные формы приспособления. Есть все основания полагать, что ранний опыт родительской семьи пациента влияет на природу его опыта в групповой терапии и наполняет его энергией. И. Ялом так пишет об этом: «... Таким образом, семья преследует группу. Групповые события, братское соперничество членов

группы, переживающий соперничество, терапевт-родитель и регрессивные фантазии группы, – все это погружает пациента в прошлое, к его детской жизни в семье. Клиент воспроизводит детские семейные сценарии в группе и, если терапия успешна, получает возможность экспериментировать с новым поведением, освободиться от замка, приковавшего его к семейной роли. Он заново переживает свое прошлое... фактически, пациент изменяет прошлое, воссоздавая его».

Основными функциями здоровой семьи является безопасность и принятие. Это относится как к родителям, так и детям. Безопасное пространство дает возможность быть собой, не опасаясь оценки, позволяя научиться чувствовать границы личности, делать собственный выбор и нести за него ответственность. Те же принципы дают возможность не подавлять, а выражать негативные переживания (страх, гнев и т. д.), адекватным способом. И это одна из важнейших задач, поскольку, не умение выражать их, часто ведет к формированию и развитию аддиктивного поведения. Кроме того, участник группы имеет возможность увидеть себя со стороны. Многие проблемы и иллюзии участников схожи и то, что очень сложно увидеть в себе, легко заметить в другом человеке, а уже после этого примерить на себя.

Что касается уже имеющихся навыков, то пробуждение интереса к собственной личности и выздоровлению, опираясь на азарт, спонтанность и предприимчивость дает возможность активно участвовать в групповом процессе. Это делает работу не только полезной, но и очень увлекательной как для участников, так и для ведущих.

Программа рассчитана на два с половиной месяца интенсивных занятий. Тематически ее можно условно разделить на два больших блока:

- «Я и болезнь».
- «Я и моя Личность».

Первый блок наполнен информацией о зависимости как заболевании, признаках, симптомах, синдромах, факторах риска, приводящих к рецидиву, способах и возможностях реабилитации. Основной целью данного блока является осознание клиентами того факта, что зависимый человек страдает хроническим, рецидивирующим расстройством и всегда будет находиться в группе риска. Это позволяет осознанно перейти от бесконечного самообвинения и чувства вины к конструктивному поиску иных форм поведения. Мы не учим тому, как играть умеренно, мы можем помочь научиться, как не играть. В своей работе, мы исходим из того, что природа зависимости имеет био-психо-социо-духовную природу. В этом разделе преобладает информационный материал

с элементами тренинга, так как задачей является приобретение навыков по преодолению тяги, избеганию и преодолению опасных ситуаций связанных с игрой, умение отслеживать свои чувства и т. д.

Во втором блоке названном «Я и Личность», информационная составляющая касается в основном личности, ее формирования и развития, большое внимание уделяется личностным особенностям зависимых людей. Больше времени уделяется динамическим, психокоррекционным группам, во время которых участники узнают новое о себе, учатся не только отслеживать, но и выражать негативные чувства.

Динамически развитие группы можно разделить на несколько этапов. На первом этапе основной фигурой в группе является «Болезнь».

Время посвящается:

- Пониманию и осознанию того факта, что зависимость – хроническое прогрессирующее расстройство.
- Исследованию чувств, которые это вызывает, осознанию проблем появившихся в результате прогрессирования игровой зависимости.
- Этапам развития болезни и увеличению количества потерь в жизни, по мере развития заболевания.
- Кроме тех потерь, которые уже произошли в жизни, участники осознают ценность того, что осталось, но с большой вероятностью было бы утрачено в случае продолжения игры.
- Отделению «болезни» от личности и морально-нравственных аспектов связанных с поступками пациентов во время активных фаз деструктивного поведения (игры).

Известие, что зависимость является заболеванием, а не моральным уродством, в подавляющем большинстве случаев, вызывает удивление. Осознание факта болезни, позволяет снизить у участников чувство вины, самобичевание, ощущение своей полной никчемности и безнравственности. В группе появляется много энергии для участия в исследовании и усвоения информационного материала. Лекции проходят в интерактивном режиме, часто включают элементы тренинга, и благодаря азарту игроки увлеченно изучают как себя, так и друг друга. При этом азарт, любопытство, интерес к новому, потребность в стимулах как свойственная особенность почти каждого игрока, направляется и используется в «мирных целях».

Следующий этап – обучение и применение способов и навыков справляться с тягой, игровыми стимулами. Понимание недостаточности теоретических знаний и необходимость применения их на практике в реальной жизни, вызывает сопротивление. На этом этапе основная задача

программы помочь участникам научиться отслеживать тягу (влечение к игре) на ранних этапах, видеть и признавать ее, найти приемлемые способы ее преодоления. Феномен тяги представляет собой состояние стремления к предмету зависимости (осознанно или нет). Субъективно тяга характеризуется как непреодолимое желание, влечение, необходимость удовлетворения потребности, схожее с голодом или жаждой. Следует отметить, что данная особенность присуща любому виду зависимости. Эта работа позволяет участникам понять, что наличие у них зависимости не обрекает их на неизбежное продолжение игры, а дает выбор между игрой и выздоровлением. Для помощи клиентам используются техники когнитивно-поведенческой терапии и различные когнитивно-поведенческие вмешательства.

Когнитивно-поведенческие вмешательства (КПВ) – это психотерапевтический подход, в основе которого лежит теория социального эмпирического обоснования. Данный подход синтезирует взаимодополняющие течения в психотерапии – поведенческую и когнитивную психотерапии. Как известно, существуют три основных аспекта человеческого функционирования: мысли, чувства и поведение. Все эти три компонента переплетаются и взаимодействуют между собой. И изменение одного из них, несомненно, приводит к переменам в других. Психотерапевтические методы, непосредственно направленные на поведение (поведенческие аспекты зависимости), являются одними из наиболее эффективных.

Полезно рассмотреть основные принципы социального научения применительно к зависимому поведению по К. М. Кэрролл (К. М. Carroll). Согласно автору, предполагается, что важный фактор, определяющий то, как люди начинают играть и злоупотреблять этим, заключается в том, что они учатся это делать. Существует несколько способов, с помощью которых люди могут научиться «употреблять» игру: моделирование, оперантное обуславливание и классическое обуславливание.

1. Моделирование.

Люди обучаются новым умениям с помощью наблюдения за другими, и, впоследствии пытаются выполнить это самостоятельно. Например, дети учатся говорить, слушая и копируя своих родителей. Точно также и люди могут использовать игру в своей жизни, наблюдая за тем, как друзья, знакомые или героические персонажи взаимодействуют с ней.

2. Оперантное обуславливание.

Лабораторные животные будут стараться получить те же самые вещества, которыми злоупотребляют многие люди (алкоголь, наркотики, пища), потому что воздействие вещества приносит удовольствие, что

является подкреплением. И известно, что не только вещества, как стимул, могут влиять на биохимические процессы человека (смена состояния, возникновение возбуждения, эйфории, удовольствия), но и внешние факторы, как стимул, способны изменять сознание, мысли и чувства человека. Так, например игрок может возбуждаться от фантазий про выигрыш, или чувствовать мощный прилив адреналина от риска и т. д. И соответственно, игра может также восприниматься как поведение, которое подкрепляется своими последствиями. Например, игрок начинает себя чувствовать сильным, активным, энергичным, менее депрессивным, всемогущим и т. д. Не говоря уже о том, что выиграть деньги, действительно, время от времени, возможно.

3. Классическое обуславливание.

И. П. Павлов продемонстрировал, что на протяжении определенного времени повторяющееся сочетание одного стимула (звонок) с другим (предоставление пищи) может вызвать стойкий ответ в виде выделения слюны у собаки. Точно так же, через какое-то время игра может начать ассоциироваться, например, с наличием денег, конкретными людьми, особыми местами (клубы, казино), временем дня и недели (после работы, выходные дни), чувствами и внутренним состоянием (одиночество, скука, печаль, радость и т. д.). В конце концов, лишь одно действие этих стимулов может вызвать очень сильное влечение или тягу, за которым последует эпизод игры.

Научение представляет собой важную метафору лечебного процесса посредством когнитивно-поведенческих вмешательств. Психолог, так или иначе, говорит своим подопечным, что одной из основных целей лечения является помощь в том, чтобы «разучиться» вести себя по-старому, «разучиться» неэффективному поведению, а научиться новым конструктивным стратегиям. Практически все участники реабилитационной программы «Вне Игры» с огромным удивлением узнают, что их «игровая практика» является определенным типом умения. В конце концов, они осознают, что научились сложному набору навыков, позволяющих разными способами поддерживать свой объект зависимости. Например, находить необходимые деньги для игры (которые часто приводили к другим умениям – законным и незаконным), играть, сохраняя это в секрете от многих, продолжать играть, избегая при этом суровых мер от близких и работодателей, развитие работоспособности, чтоб было, на что играть и т. п. Игроки, которые переформулируют оценку себя в категориях приобретения навыков, начинают понимать, что у них также есть возможность научиться ряду новых умений, которые им по-

могут воздерживаться от игры. Хочется заметить, что можно с успехом использовать (при высокой квалификации специалистов) и приобретенные навыки, а также некоторые качества игроков, вектор которых перенаправляется на выздоровление. Так, например сами участники программы не раз ловят себя на мысли: как азартны они, в своих попытках выздоравливать. Или психологи обращаются к навыкам «находчивости» игроков для решения определенных задач в целях выздоровления. Или можно исследовать способность навыка «уклонения» (от арестов, от кредиторов, от ответственности и т. п.) для использования избегания, например факторов риска.

Если поведенческие методы фокусируются на влияние на случайные обстоятельства внешней среды с целью изменения поведения (через механизмы, описанные выше), то когнитивная терапия направлена на изменение содержания мышления. Лишь немногие из психотерапевтических подходов и методов воздействуют непосредственно на эмоции, так как на них – трудно повлиять напрямую. Фокус когнитивно-поведенческого воздействия и, в особенности, рационально-эмотивной терапии Эллиса (А. Ellis) – находится на стыке когнитивного, поведенческого и эмоционального аспектов.

Первый основной принцип состоит в том, что когниции (мыслительные образования) являются самой важной детерминантой человеческих эмоций. Проще говоря, мы чувствуем то, что думаем. События, или другие люди не заставляют нас чувствовать себя хорошо, или плохо; мы это делаем сами.

Второй основной принцип заключается в том, что дисфункциональные эмоциональные состояния и многие аспекты психопатологии (включая аддиктивное игровое поведение) являются результатом дисфункционального мыслительного процесса. Характеристика дисфункционального мышления включает следующие черты:

- преувеличение;
- свехупрощение;
- свехобобщение;
- нелогичные необоснованные предположения;
- ошибочные умозаключения (выводы);
- абсолютизирование.

Это – так называемые иррациональные установки (убеждения).

Третий основной принцип когнитивно-поведенческих вмешательств состоит в том, что повседневные убеждения могут быть изменены, хотя, необязательно, что такое изменение произойдет легко. Элементы ир-

рациональных установок устраняются путем настойчивого и активного приложения усилий, с помощью осознания, сомнения и пересмотра своего мышления, таким образом, уменьшая эмоциональный дистресс и в конечном итоге меняя поведение.

Различные авторы дали описание мышлению, которое обычно наблюдается у людей с аддиктивным поведением. Наиболее значимыми в этих исследованиях были работы Марлатта (Marlatt 1985), Эллиса (Ellis 1988), Бека (Beck 1993), Схипперса (Schippers 1997). Ниже представлено обобщение наиболее распространенных когний и стилей поведения при аддикции выделяемые этими авторами:

1. Наклеивание «ярлыков».
2. Рационализация.
3. Ожидания по поводу объекта зависимости и эффекта от его употребления.
4. Знание об эффектах приема объекта зависимости.
5. Наклеивание соответствующего «ярлыка» на рецидив.
6. Эффект от нарушения воздержания.
7. Низкая фрустрационная толерантность.
8. Уход от повседневности.
9. Образ себя.
10. Поиск острых ощущений.
11. Предвосхищающие убеждения.
12. Установки, ориентированные на облегчение.
13. Разрешающие убеждения.
14. Предписывающие убеждения.
15. Приписывание предмету зависимости определенных свойств.

Схематическое изложение основных когнитивно-поведенческих вмешательств.

Методы лечения проблем зависимости:

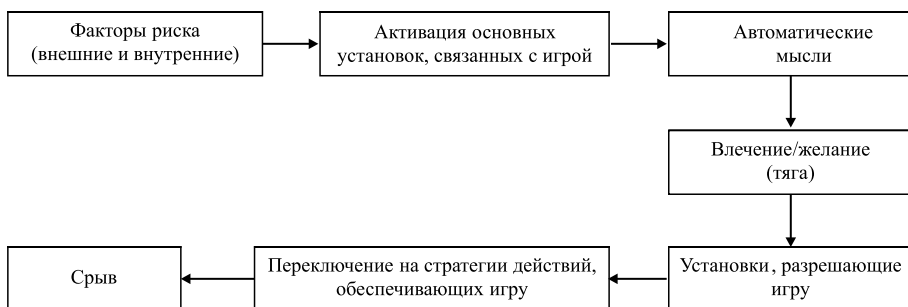
1. Подход, направленный на подкрепление отказа от взаимодействия с объектом зависимости (игрой):
 - Функциональный анализ проблемного поведения.
 - Обучение социальным навыкам.
 - Поддерживающая поведенческая терапия.
 - Мотивационная терапия.
 - Обучение навыкам решения проблем.
2. Методы самоконтроля:
 - Обучение постановки целей.
 - Самонаблюдение за поведением и его анализ.

- Обучение анализу ситуаций, в которых происходит «употребление» игры.
- Исследование ситуаций повышенного риска.

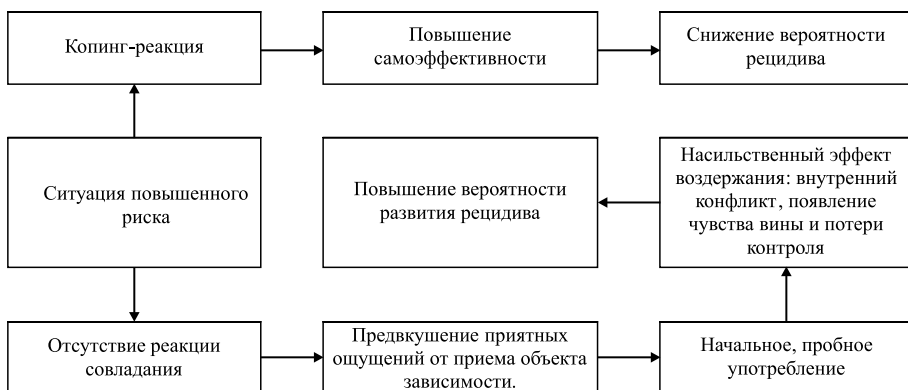
3. Профилактика рецидива:

- Переключение внимания с влечения на внешние факторы.
- Изменение представлений игрока о рецидиве.
- Обучение межличностным навыкам (навыкам общения, асертивности, умению отказываться и пр.).
- Обучение внутриличностным навыкам (навыкам совладания с мыслями об игре, с дискомфортными чувствами и пр.).
- Представление игроком ситуации рецидива (срыва).

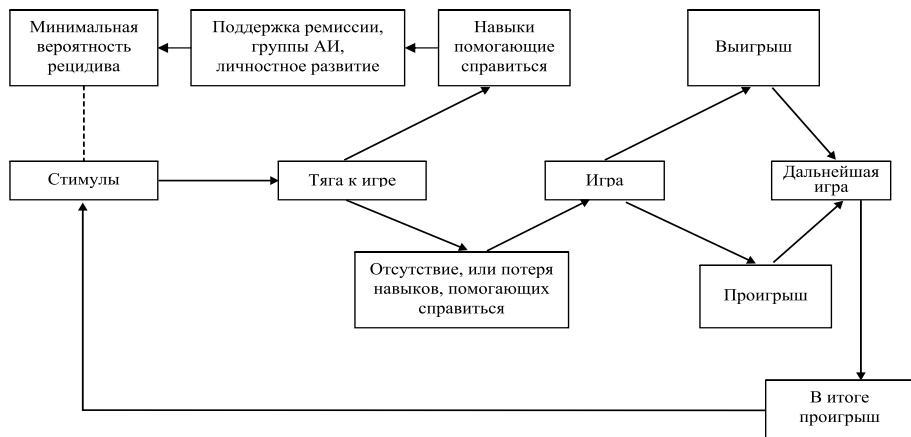
Когнитивная модель срыва.



Модель развития рецидива по Марлатту (Marlatt 1985).



Модель игровой зависимости с точки зрения специалистов реабилитационной программы «Вне Игры».



Зависимый человек живет, во многом опираясь на свою болезнь. Регресс возникает, во многом из-за привычного реагирования на тяжелые ситуации, т. е. при столкновении со сложностями, хочется «перестать их видеть», уйти, убежать и т. д. Для подавляющего большинства зависимых, сам предмет зависимости, является защитой. Механизмы психологической защиты обычно направлены на ограждение сознания человека от психотравмирующих воспоминаний и чувств, и служат сохранению личности от разрушения. Однако они же могут создавать препятствия или внутреннее сопротивление переработке проблемных переживаний личности, получению нового опыта и т. д.

Зачастую зависимое поведение помогает субъекту во многих жизненных ситуациях: помогает снять стресс, расслабиться, выразить гнев и недовольство, уйти от напряжения, вызванного фрустрацией и т. д. Болезнь становится опорой. Зависимому человеку, зачастую очень сложно сказать, где проявляется он сам – его личность, а где – болезнь. Такой «перепутанный» человек общается с другими людьми, испытывает негативные воздействия, и он от них защищается. Защищать ему приходится часто не столько свою личность, сколько свою болезнь, которая становится его неотъемлемой частью и часто не воспринимается как болезнь ни самим зависимым человеком, ни его окружением.

Основной особенностью использования психологических защит зависимыми людьми является то, что механизмы призванные защищать личность по мере развития заболевания все больше и больше защищают болезненную систему «Личность + Зависимость».

На этом этапе лекционный материал включает в себя достаточно сложный, но очень важный материал о защитных механизмах, факторах риска и т. д., что приводит к осознанию, признанию и принятию данного факта. Это позволяет снять сопротивление в группе и дает опыт самонаблюдения и преодоления неконструктивных форм поведения.

Способность осознавать себя в настоящем времени, является одним из основных инструментов выздоровления. Благодаря осознанию, выздоровление становится личным выбором, а не магией. На каждом из этапов участники, сталкиваясь со сложностями, делают свой выбор вернуться к привычным для них способам поведения или выздороветь, сопротивляться или продолжать работу над собой.

В завершении первого блока «Я и болезнь» рассматривается тема «Этапы выздоровления», в которой описывается динамика, кризисы, сложности с которыми приходится сталкиваться подавляющему большинству зависимых в своем выздоровлении.

Связующей темой между первым и вторым блоками становится тема «Черты характера ведущие к зависимости».

Основной фигурой во втором блоке является личность каждого из участников, их взаимоотношения, как внутри группы, так и с внешним миром. Безопасность и принятие на этом этапе особенно важны, поскольку группа как искусственная модель семьи позволяет участникам не только анализировать свой прежний опыт, но и приобретать новый. В большинстве своем зависимые склонны к инфантильности, что является фактором, предрасполагающим к зависимости, и в группе они получают возможность, условно говоря, повзрослеть.

Осознание факта, что заболевание развивалось в течение длительного времени, позволяет игрокам понять, почему лечение не может быть таким быстрым, как хотелось бы. В тоже время знание, что изменение собственной личности это путь, направленный от игрового заведения, дает возможность выбирать между разрушительным поведением и осознанным построением собственной жизни.

После окончания программы участник имеет возможность индивидуальной работы с психологом, которого он выбирает, некоторые из выпускников программы, пользуются этой возможностью.

Глава 2.

Приложение. Программа «Вне Игры».

Автономов Д.А.

2.1 Поведение патологического азартного игрока.

Поведение патологического азартного игрока – неразрешимая загадка для окружающих людей, коллег по работе и, особенно для его близких и родных. Важно понять, как игрок сам себе объясняет то, что он делает. Что он говорит себе, до того как вступил в игру, что во время игры и что после того как игра закончена.

- Если патологический азартный игрок играет и выигрывает, он говорит себе, что в следующий раз выиграт еще больше.
- Если патологический азартный игрок сыграл, выиграл и сумел уйти с выигрышем, то он говорит себе что игра – это хороший, приятный и легкий способ быстро и без проблем достать деньги.
- Если патологический игрок играет, выигрывает, ставит выигранное на кон и проигрывает, уходя с тем, с чем пришел, то он говорит себе, что в следующий раз он будет умнее, сумеет остановиться, когда будет «в плюсе» и уйдет с выигрышем.
- Если патологический игрок играет, выигрывает, ставит выигранное на кон и проигрывает, пытается отыграть выигранное – проигрывает все свои деньги, он говорит себе, что в другой раз будет играть лучше.
- Если патологический игрок играет и проигрывает, то он, испытывая чувство досады и гнева, говорит себе, что обязательно отыграется в другой раз. Все это время игрок думает не о том, сколько он проиграл, а о том, сколько в следующий раз он обязательно выиграт.
- Если патологический игрок играет и проигрывает, то он говорит себе, что сегодня был не его день, в другой раз ему обязательно повезет; ведь не может же так быть, чтобы он не смог выиграть и т. д.

Таким образом, мы видим, что поведение игрока безальтернативно, при любых вариантах развития событий, патологический азартный игрок планирует вернуться к игре, не зависимо от того выиграл он или проиграл.

2.2 Модель трех «П».

Автономов Д.А.

1. Предрасположенность.
2. Провокация.
3. Поддержка.

Предрасполагающие факторы, способствующие формированию игровой зависимости:

1. Принадлежность к мужскому полу.
2. Биполярное расстройство.
3. Депрессивное расстройство (большая депрессия, дистимия).
4. Злоупотребление/зависимость от алкоголя и/или психоактивных веществ.
5. Социальное тревожное расстройство.
6. Обсессивно-компульсивное расстройство.
7. Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (СДВГ).
8. Личностно-расстройство, особенно относящиеся к кластеру В по DSM–VI (антисоциальное и пограничное личностное расстройство) и кластеру С (зависимое и обсессивно-компульсивное личностное расстройство).
9. Положительный семейный анамнез (эндогенные психические заболевания, суицид, алкоголизм, расстройства контроля над импульсами у одного или обоих родителей).

Факторы, провоцирующие игровой срыв:

№	Внешние.	Внутренние.
1	«Свободные» деньги.	Отрицание факта болезни.
2	Свободное время.	Стресс, порожденный конфликтом
3	Состояние опьянения.	Физиологический дискомфорт (голод, жажда, усталость).
4	Наблюдение за игрой других.	Чувство вины, обиды и состояние фрустрации
5	Наличие «игровых» долгов.	«Голод» по стимулам, скука.
6	Ситуация получения денег.	Желание проверить свой контроль над игрой.
7	Социальный нажим сыграть.	Воспоминание о прошлых играх, выигрышах.
8	Предметы, напоминающие об игре (сувениры, фишки, карты, игровая атрибутика и т. д.).	Злость от мыслей о проигранных суммах.
9	Реклама азартных игр, приглашения на розыгрыши (по телефону, SMS, Эл. почте и т. д.)	Резкое усиление позитивных эмоций.
10	Наблюдение за приметами.	Вера в приметы, «особые дни», интуицию.
11	Одиночество, отсутствие контроля со стороны близких.	Субъективное переживание одиночества.
12	Просмотр TV программ, веб страниц, кинофильмов, чтение книг в которых показываются/описываются азартные игры.	Общий соматический дискомфорт.
13	Поездка по дороге мимо заведений, в которых привычно играл.	Радость от мысли, что тяги играть нет.

Поддерживающие факторы.

1. Наличие игорных заведений.
2. Их доступность.
3. Положительный образ игорных заведений.
4. Посещение казино, с какими либо не игровыми целями (оплата мобильной связи, услуги банкомата, обмена валют, туалета, обед в ресторане при казино, деловая/дружеская встреча, концерты и выступления артистов и т. д.).
5. Контакты и общение с «действующими» игроками (даже если наложено табу на разговоры об игре).
6. Контакты с сотрудниками игровых заведений.

2.3 О трех характерных способах уклонения и сопротивления психотерапевтическому лечению демонстрируемому пациентами зависимыми от участия в азартных играх.

Автономов Д.А.

Введение. Согласно нашему наблюдению, патологические азартные игроки (диагноз по МКБ-10: F63.0 – «Патологическая склонность к азартным играм»), демонстрируют три типа весьма характерных негативных реакций во время прохождения психотерапевтического лечения и реабилитации. Подобные реакции обнаруживаются независимо от того, проходит психотерапия в группе или индивидуально. Согласно нашему мнению, несмотря на кажущее разнообразие способов поведения, индивидуальных типов реагирования на группе и/или на индивидуальном сеансе патологические формы отреагирования во время лечения весьма предсказуемы, типичны и шаблонны. Именно из-за своей стереотипности они достаточно легко поддаются идентификации, систематизации и классификации. Знание специалиста о типичных способах сопротивления и избегания, демонстрируемых пациентами, понимание психологом специфики и динамики подобных реакций дает ему возможность оценивать, прогнозировать, и в некоторых случаях предупреждать их дальнейшее неблагоприятное для лечебного процесса развитие.

На основании пятилетнего опыта работы в Центре лечения и профилактики игровой зависимости и сделанных нами наблюдений мы выделяем три вида подобных реакций (феноменов) и соответствующих им поведенческих паттернов:

1. «Исцеление переносом».
2. «Бегство в здоровье».
3. «Негативная терапевтическая реакция».

Описанные и выделенные нами типичные реакции, несмотря на их гетерогенность, различие во времени возникновения, имеют одну глобальную цель – сопротивление психологическому исследованию и досрочное и одностороннее со стороны пациента, прекращение психотерапевтического лечения.

Порядок, описанный нами, соответствует тому, как подобные феномены проявляются в динамике: начиная с первичного, предварительного интервью, и заканчивая к скорому приближению успешного завершения психотерапии и реабилитации.

«Исцеление переносом».

Мы начнем наше описание с феномена «исцеления переносом». Чтобы понять, что такое «исцеление переносом», необходимо сначала понять, как мы понимаем значение термина «перенос».

Профессор З. Фрейд писал, что перенос это: «Переиздание или факсимиле импульсов и фантазий, вызванных в ходе анализа и имеющих ту особенность, что в них когда-то знакомое пациенту лицо замещается личностью психоаналитика. Это можно сформулировать и иначе: оживляется целая серия психологических переживаний, но не как переживаний, относящихся к прошлому, а как переживаний настоящего момента, связанных с личностью аналитика, проводящего лечение. Некоторые из подобных переносов несут в себе содержание, абсолютно ничем не отличающееся от своего прототипа, исходной модели, за исключением того, что первые – не реальные переживания, а их замена. В таком случае, в рамках той же метафоры, это лишь новые отпечатки или оттиски старого. Другие переносы имеют более сложное строение. В них изобретательно используется какая-то реальная особенность личности аналитика или сложившихся обстоятельств, позволяющие психике пациента воспользоваться последними в качестве отправной точки для переноса. В этом случае мы имеем дело не с новыми впечатлениями, а с их восстановлением в новом варианте» [10].

Итак, перенос состоит в переживании пациентом чувств, установок, влечений, фантазий и защит по отношению некой личности в настоящем, не адекватных по отношению к ней и являющихся повторением, смещением реакций, образовавшимся по отношению к значимым личностям (обычно и в первую очередь к родительским фигурам) в раннем возрасте [2]. В описываемом нами контексте перенос представляет собой специфическое искажение восприятия пациентами личности и поступков психолога или врача, к которому они обратились за помощью. На личность в настоящем пациенты реагируют, так как будто эта личность из прошлого.

Реакции переноса во многом бессознательны и пациент реагирует на личность, слова или поступки психолога искаженно, неадекватно, неуместно или слишком эмоционально и болезненно. Но, несмотря на это пациенты в большинстве случаев не осознают подобного искажения и смещения [2, 7].

Если смотреть на проблему более широко, то все человеческие отношения и реакции на других являются смесью реалистических реакций и реакций переноса [7]. Ситуация обращения за помощью, консультирования и лечения в которой пациент выступает как нуждающийся в помощи и неспособный совладать со своей проблемой собственными силами, психологически возвращает пациента в ситуацию раннего детства. Родители, воспитатели, учителя, старшие братья и сестры являются теми могущественными другими, с кем выстраиваются отношения, в которых можно получить помощь, любовь, комфорт и/или наказание. От воли которых зависит благополучие и спокойствие, они те, кто может защитить от угрозы и беды. Ребенок при возникновении у него какой-либо нужды ищет поддержки у родительских фигур. Он приходит к родителю за утешением и надеждой.

Если пациент верит в то, что ему помогут, то сам акт обращения за помощью выстраивает его коммуникацию определенным образом. Предварительные размышления игрока перед записью на консультацию к специалисту, волнение, откладывание подобной встречи, ее избегание, все это эмоционально воспроизводит ситуации его детства. Мысли игрока о том, что специалист будет его осуждать, ругать или наказывать сосуществуют параллельно с идеями о важности такой встречи и надеждой на решение своих проблем. Подобный настрой является фоном для развития реакции переноса. Пациент думает не только о специалисте, он думает о том, что специалист подумает о нем и как он к нему относится. Будут ли его реакции похожими на реакции людей из его окружения, которые уже знают о существовании у него проблемы? Обычно игрок заблаговременно готовит свою речь, которую неоднократно репетирует сам перед собой, пытаясь предсказать то, что он услышит в ответ и какой эффект произведет на специалиста его личная история. Испытывая тревогу, страх и стыд он пытается совладать с ней, заочно предписывая психологу или врачу, свои собственные мысли и оценки и те слова, которые он уже слышал в свой адрес от других людей. Этот непрерывный внутренний диалог, в котором пациент попеременно играет роль себя говорящего и другого слушающего его, в свою очередь, еще более способствует искажению и нереалистичной оценке специалиста.

Реакции переноса по своей природе являются амбивалентными,

то есть они являются смесью позитивных и негативных чувств, оценок и установок [2, 4].

«Негативному переносу» зачастую предшествует имплицитная установка пациента о том, что ему никто помочь не может. Иногда, пациент приходит на консультацию под прямым или косвенным давлением третьих лиц, заинтересованных в его лечении, с бессознательной (а иногда и вполне осознанной) целью доказать им тщетность подобных усилий. Обычно, подобное самосбывающееся пророчество легко реализуемо на практике. Соответственно, к специалисту, которого пациент видит в первый раз в жизни, он заочно испытывает чувство ненависти, его эквиваленты и производные. Ненависть пациента к психологу в негативном переносе проявляется в презрении, высокомерии, подозрительности, раздражительности, неуважении, обесценивании и недоверии [2]. Понятно, что в таком случае, речь о дальнейшей психотерапевтической работе не идет, пациент с негодованием, презрением и триумфом покидает кабинет психолога или врача.

О «позитивном переносе» можно говорить тогда, когда пациент испытывает к специалисту чувство любви в любых ее формах, ее предвестниках и ее производных. Например таких, как: восхищение, доверие, уважение, интерес, симпатии, преданности и т. д. [2]. О дальнейшем развитии подобных реакций после начала лечения З. Фрейд в «Лекциях по введению в психоанализ» писал: «Итак, мы замечаем, что пациент, которому следовало бы искать выхода из своих болезненных конфликтов, проявляет особый интерес к личности врача. Все, что связано с этой личностью, кажется ему значительнее, чем его собственные дела, и отвлекает его от болезни. Общение с ним становится на какое-то время очень приятным; он особенно предупредителен, старается, где можно, проявить благодарность, обнаруживает утонченность и положительные качества своего существа, которые мы, может быть, и не стремились у него найти. Врач тоже составляет себе благоприятное мнение о пациенте и благодарит случай, давший ему возможность оказать помощь особо значимой личности. Если врачу представится случай побеседовать с родственниками пациента, то он с удовольствием слышит, что эта симпатия взаимна. Дома пациент без усталости расхваливает врача, превознося в нем все более положительные качества» [8].

Реакции переноса (перенесения) также можно условно разделить на два уровня:

- «базовый» или «первичный» перенос;
- обычные явления переноса (позитивный и негативный перенос описанный ранее).

«Базовый» или «первичный» перенос – это переживание недифференцированного, зависимого доверия, которое имеет своим источником отношение младенца к матери и образует матрицу, из которой может возникнуть невроз переноса (Greenacre P. 1975) [11]. «Базовый» или «первичный» перенос является основой отношений, которую сформировали пациенты в своем раннем жизненном опыте для достаточного доверия в установлении терапевтических объектных отношений, которая дает возможность в дальнейшем развиться неврозу переноса и другим феноменам, ассоциируемым с «позитивными» аспектами трансфера.

Симптомы пациента и страдание, которые они ему приносят, заставляют его искать помощи. Многократные, повторяющиеся и ни к чему не приводящие попытки самостоятельно, отказаться от азартных игр и решить свои проблемы убеждают в необходимости помощи. В большинстве случаев первого обращения к специалисту, пациент находится в состоянии кризиса. Кризис – феномен динамический. С позиции психоаналитического понимания кризисы в целом являются проявлением бессознательного конфликта, вызванного актуальным стрессом, приведшим к срыву адаптации [4, 7, 11]. Обострение стресса пробуждает к жизни весь спектр психических защит и бессознательных конфликтов. Степень и сила уязвимости пациента от степени решённости его прошлых невротических конфликтов, а также от степени зрелости его Эго. Таким образом, кризисы в целом являются проявлением бессознательного конфликта, вызванного текущим стрессом [4].

На примере патологических азартных игроков мы полагаем что кризис, протекающий у них и побуждающий их искать помощь у специалиста, характеризуется двумя характерными феноменами.

Во-первых, феноменом стресса и психической дезорганизацией, чувством потери контроля над собственной жизнью и своим поведением, крахом таких защит, как отрицание и всемогущий контроль.

Во-вторых, феноменом психической регрессии, которая приводит к интенсификации и чрезвычайной готовности к формированию позитивного переноса по типу «дитя – материнский объект». Пациент становится мотивированным искать и находить удовлетворяющий объект, который мог бы о нем позаботиться.

Неспособность совладать с влечением к игре, несмотря на понимание ее вредных и разрушительных последствий для личной, семейной, профессиональной жизни и репутации – мотивируют игрока желать излечения. Вскоре после начала лечения пациент, находясь под влиянием позитивного переноса, демонстрирует быструю редукцию своих симптомов.

Итак, об «исцелении переносом» можно говорить тогда, когда у пациента на фоне позитивного отношения к психологу или врачу без какого-то особенного усилия с его стороны, происходит полная или частичная редукция тех психологических (психопатологических) симптомов и проблем, которые, в свою очередь, побудили его обратиться за помощью [5, 6].

«Исцеление переносом» – следствие регрессии и желания пациента в лице психолога или врача обрести всемогущественного и покровительственного родителя, который разом решит (решил) все проблемы и защитил от беды. Неслучайно М. Балинт (1957) утверждал, что самым важным лекарством в медицине является врач. Генри Насралла (Henry A. Nasrallah 2011) в редакционной статье: «Самое мощное плацебо это не таблетки», указывает на то, что положительный плацебо-эффект производит на пациента непосредственно сама личность врача, а не назначенное им лечение. Он пишет: «Многие тонкие и не очень тонкие вербальные и невербальные аспекты врача могут проецировать «ауру» компетентности и доверия на пациента, что будет способствовать улучшению результатов лечения из-за сильного бессознательного ожидания пациентом улучшения. К ним относятся: отношение психиатра, его одежда, выражение лица и поведение, опрятность за столом, декор кабинета (офиса), чистота комнаты ожидания, даже внешний вид того, что окружает клинику. Ношение белого халата, а не обычной одежды может вызвать образ врача/целителя, являющегося сильным положительным эффектом плацебо, что может быть использовано для многих пациентов. Прямой контакт глаз, открытая поза тела, ободряющий голос, рукопожатие или заботливое похлопывание по спине в конце сессии, вносят соответствующий вклад в улучшение состояния пациента еще до того, как он или она примут таблетки. Психиатр может повысить ответ на терапию и переносимость препарата, выразив свою уверенность в лечении и достижении результатов...» [13].

Иногда, пациенты после единичного визита разом чувствуют себя вылеченным и считают, что все их проблемы уже позади и им ничего уже не угрожает в будущем. Они подчеркивают изменение аффекта, отмечая исчезновение чувства безнадежности, отчаянья и тоски, их самооценка повышается, появляются полные оптимизма планы на будущее. А главное, что особенно подчеркивают наши пациенты, так это изменение произошедшие с их неконтролируемым влечением (тягой) к игре – стержневым синдромом аддикции. Они отмечают решительные изменения, произошедшие с их желанием играть, как в количественном, так и качественном отношении.

Со слов пациентов, тяга к участию в азартных играх, которая закономерно появлялась у них раньше после того, как у них в руках оказывались деньги или когда они видели рекламу игровых заведений – у них более не возникала. А если влечение к участию азартной игре и возникло, то было столь мимолетным и слабым, что пациенты могли легко прервать ее усилием воли, сделав себе соответствующее «внушение». Подавив в себе такое желание и изгнав его от себя как дьявольское искушение. Некоторые пациенты говорили нам что чтобы «нейтрализовать» в себе тягу играть, они просто вспоминали то, что были на консультации у специалиста, представляли его образ, голос, атмосферу последней сессии или психотерапевтической группы. Сам факт того, что они после многократных откладываний они все-таки решились преступить к лечению, также являлось аргументом «отменяющей» мысль о том, чтобы пойти и сделать ставку. При том, что пациенты отмечают у себя «уменьшение» или «исчезновение» тяги – их образ жизни, мышление, мировоззрение, поведение, и привычные способы реагирования практически не меняются. Некоторые игроки нам так со всей искренностью и заявляли: «Вроде бы все тоже самое, а тяги играть нет!»

Работая в реабилитационной программе для патологических азартных игроков, во время первичного интервью, среди прочих мы задаем игрокам три вопроса, которые проясняют желаемый результат и их ожидания от психотерапевтического лечения. Эти вопросы таковы: Какова цель Вашего обращения к нам? Как Вы думаете, чем мы можем Вам помочь? И самый важный с нашей точки зрения вопрос: По каким признакам Вы поймете, что Вам становится лучше? Почти всегда заявляемым «критерием выздоровления» пациентами называется «исчезновение тяги к игре» и обретение способности, имея с собой «свободные» наличные деньги, обходить стороной игорные заведения, воздерживаясь от «первой ставки».

Иногда уже после первичного интервью, если верить самоотчетам наших пациентов, некоторые из них чувствуют, что желание играть с которым они безуспешно «сражались» несколько лет бесследно исчезло. Выйдя из консультационного кабинета и отмечая неожиданное для себя «исчезновение тяги», некоторые игроки пытаются себя проверить, пройдя мимо или даже зайдя в игровой клуб. Некоторые решают, что раз тяга исчезла – то и ходить на психотерапию и реабилитацию уже не нужно. И действительно находясь под впечатлением от визита, в некоторых случаях происходила «спонтанная» ремиссия. Игроки, игравшие до этого отчаянно и по-крупному, к своему немалому удивлению перестают играть. В некоторых случаях подобная ремиссия длится до полугода в ред-

ких случаях больше. О существовании подобных ремиссий мы узнавали, после того, как к нам начали повторно приходить игроки, бывшие на консультации раньше и желающие получить помощь после возникновения у них игрового срыва и рецидива заболевания. Собственно от них нам и удавалось получить катamnестические сведения.

Пациент «исцелившийся переносом» продолжает воспринимать психолога позитивно, искренне веря в то, что говорят себе и специалисту. Он не противоречив своей совести, Эго-синтонен, честен и наивен в своем переживании. Пациент чувствует, что опасность уже позади, так как он узнал, что-то важное. В нашем опыте многократно было так, что игроки на первичной консультации встречается со специалистом, который ведет себя с ним не так, как привычно ведут люди из его окружения – недоумеая, осуждая, отвергая и преследуя. Игрок переживает опыт доверия в позитивных человеческих отношениях через самораскрытие, сочувствие и принятие. Будучи принятым другим, он получает доступ к принятию себя самого и позитивного к себе отношения. Он немедленно формирует позитивный перенос и воспринимает слова и отношение к нему специалиста как своеобразное откровение.

Игроки в своем большинстве знают, что игромания – это болезнь, они неоднократно в игорных заведениях сталкивались с людьми, имеющими все ее характерные симптомы и признаки. Но очень редко считали, что они тоже больны или их знание было безэмоциональным, они не переживали в связи с этим знанием каких-либо болезненных аффектов относительно себя самого. Их понимание было умозрительным и интеллектуальным, как бы знание про кого-то другого. Большинство пациентов, признавая у себя наличие «игромании», считают ее пороком, моральным дефектом и проявлением их глубокой ущербности. Даже те пациенты, которые знакомы с 12-ти Шаговой программой выздоровления, посещавшие группу Анонимных Игроков и слышавшие о том, что игромания – это заболевание, в глубине души по-прежнему, считают себя ущербными, порочными и преступными. Воспринимая то, что с ними происходит через призму морали и этики, они неизбежно оказываются в тупике. Используя моральную парадигму, пациенты принимают на себя роль преступника. Преступник – это свободный человек, являющийся автором своих поступков, полностью ответственный за свои действия и совершающий их по своей злой воле. Игроки согласно моральной парадигме – это порочные натуры, которые в состоянии контролировать свое поведение, но при этом, тем не менее, делающие выбор в пользу игры. Игроки раскаиваются после очередной игры, пытаются искупить

свою вину, наказывают себя или позволяют другим людям наказывать их. Некоторые пытаются решить проблему, изолируя себя от соблазнов, лишают себя привычных удовольствий, разговаривают со священнослужителями, дают клятвенные зароки больше не играть и т.д. После этого, обычно, они снова идут играть и цикл повторяется. Именно крах подобных стратегий совладания и приводит их в кабинет к психологу или врачу. Моральной модели противопоставлена медицинская модель игромании, как заболевания. Согласно медицинской парадигме, игромания – это психическое заболевание, расстройство влечений. Патологический азартный игрок – это больной человек, который не свободен в своих поступках, потому что временами им руководит болезнь.

Во время консультации одной из задач специалиста является – помочь пациенту преодолеть эмоциональные препятствия на пути того, что пациент изначально знает. Соединить имеющееся знание с аффектом, вытекающим из осознания этого знания. Если это удастся осуществить, то половина первого этапа консультационной работы уже сделана.

Итак, под влиянием позитивного переноса пациент в начальный период реабилитации, переживает своеобразный «медовый месяц». Цель, которую игрок полагал достичь ближе к концу лечения, он по его чувствам уже достиг в самом начале. В другом случае игрок, посетив несколько сеансов или встреч психотерапевтической группы, досрочно и в одностороннем порядке прекращает лечение, испытывая признательность и благодарность к психологу. Свой отказ он мотивирует тем, что он уже все понял: игромания – это болезнь, а тяга к игре – это симптом заболевания. И он, теперь зная это, играть больше не будет.

От «исцеления переносом» следует отличать феномен, который иногда демонстрируют аддиктивные пациенты, находящиеся в условиях делающих их злоупотребление или чрезвычайно затруднительным или попросту невозможным. Обычно, такие пациенты находятся соответственно в закрытом стационаре или под жестким контролем со стороны своих близких. Когда у них возникает/обостряется влечение (тяга) к аддиктивным практикам, они начинают вести себя как паиньки и утверждать, что всякое влечение к объекту зависимости у них исчезло (отсутствует) и у них все в порядке. Однако, прямо сейчас у них, неожиданно возникли какие-то очень важные «неотложные дела», требующие их активного участия. Целью подобного увещевания является выход из-под контроля с целью незамедлительного возвращения к соответствующей аддикции.

Подобные пациенты активно диссимилируют, откровенно лгут, хотят обмануть близких, психолога или врача, отрицают и/или приуменьшают

личный вклад в создание собственных проблем. Замалчивают, скрывают и намеренно искажают информацию о своих субъективных переживаниях и важных взаимоотношениях и активно уклоняются от открытости. В ответ на слова психолога о своей озабоченности возникающей в связи с тем, что пациент скрывает важную информацию, пациенты попросту игнорируют его слова или утверждают что это не его проблема. Если пациента «ловят» на противоречии, то он не раскаивается в своей лжи и нечестности, а напротив, переживает чувство досады по поводу того, что был недостаточно сообразителен и поэтому попался. Описанные пациенты не демонстрируют признаки «позитивного переноса» по отношению к психологу или врачу. Напротив, у них имеются все признаки «негативного переноса», в котором они искаженно воспринимают специалиста как врага и союзника преследующих их родительских фигур, своеобразным следователем, чья работа заключена в том «выбить» из них побольше информации, поймать на нечестности и «припереть к стенке». Они приуменьшают свои симптомы и лгут, прекрасно зная, что они минимизируют и лгут. Как только их манипуляции достигают цели, они немедленно, активно преодолев имеющиеся затруднения, устремляются в игорное заведение.

Терапевтический эффект «исцеления переносом» связан с принятием пациентом фантазии о немедленной репарации – волшебным образом отменяющей прошлые несчастья и беды. Эти чрезвычайно инфантильные надежды и ожидания активируются в регрессивной ситуации психотерапевтических отношений, а надежда на исцеление мотивирует пациента. Позитивный перенос поддерживает и вдохновляет у пациента веру в то что – «всё будет хорошо» и эта надежда дает силы, облегчая реальные страдания.

В случае «Исцеления переносом» ремиссия реальна, для ее поддержания игрок зачастую придерживается нескольких простых правил таких как, например избегание нахождения у себя крупных сумм денег, встреч с действующими игроками и т.д. Пациент находится в относительно стабильном состоянии до тех пор, пока его связь со специалистом и его позитивным образом, который представлен в его сознании, является актуальной. Но подобное состояние обычно длится недолго, пациент почувствовав первое реальное улучшение начинает считать проблему окончательно решенной, перестает опасаться и, в конце концов, срывается.

«Бегство в здоровье».

В «Критическом словаре психоанализа» Ч. Райкрофт дает следующее

определение: «Бегство в здоровье – выражение, используемое для обозначения быстрого симптоматического выздоровления, которое иногда демонстрируют больные, желающие избежать психоаналитического исследования» [5].

Джером Оремланд (Oremland J.D. 1972) в своей статье «Исцеление переносом и бегство в здоровье» привел свою форму классификацию форм «исцеления переносом» и «бегства в здоровье». Он рассматривал «исцеление переносом» и «бегства в здоровье» как результат и продукт отношений пациента с аналитиком. Д. Оремланд выделил три уровня отношений и рассматривал их как формы сопротивления, поскольку противодействуют психоаналитическому пониманию, подменяя понимание быстрым терапевтическим эффектом – приводящим к ослаблению страдания и редукции симптомов.

Согласно Д. Оремланду первая наиболее примитивная форма, рано появляющаяся в терапии, «запускает массивные механизмы вытеснения и подавления ... [с целью отвлечь] угрозу, исходящую из отношений с терапевтом» (Oremland J.D. 1972) [14].

Это сопротивление первой появляется в терапии, и является отражением сильного страха пациента и его ожидания отвержения со стороны психоаналитика. У пациента активизируются такие примитивные механизмы как проекция, расщепление и отрицание.

Второй, более высокий уровень «исцеления переносом» отражает воображаемую идентификацию пациента с аналитиком (психологом), который идеализируется и представляет собой защиту от зависти и лежащей в ее основе сепарации. Такая идентификация подразумевает, что аналитик «соглашается избегать боль сепарации».

Третий, самый высокий уровень «исцеления переносом» является более устойчивым и легко укрепляется по мере обретения нового жизненного опыта. В этом случае, симптомы ослабевают, и «улучшение бессознательно воспринимается как условие принятия и любви». Подобное улучшение можно обозначить как форму «бегства в здоровье» [14].

«Бегство в здоровье» у патологических азартных игроков, представляет собой поверхностное и кратковременное улучшение без ясного понимания психодинамики, касающейся эмоциональных конфликтов, лежащих в основе существующих затруднений. Согласно нашему пониманию, «бегство в здоровье» несмотря на свое сходство, все же отличается от «исцеления переносом». Различия и сходства указаны в таблице № 1.

Таблица № 1

№	«Исцеление переносом»	«Бегство в здоровье»
1	Наступает после первой – третьей встречи.	Наступает после 20–30 встреч.
2	Пациент досрочно и в одностороннем порядке «за ненадобностью» прекращает лечение.	Пациент «сопротивляется», но продолжает формально придерживаться договоренностей.
3	Пациент отмечает быстрое симптоматическое облегчение, которое воспринимает как полное и окончательное «излечение».	Пережив симптоматическое облегчение в начале, пациент начинает понимать, что игромания является только «вершиной айсберга».
4	Пациент отрицает наличие каких-либо психологических проблем, полагая, что его главная проблема – финансовая.	Пациент осознает наличие психологических проблем, эмоциональной ранимости и хронических межличностных конфликтов и испытывает дискомфорт от их осознания.
5	Пациент предписывает свое исцеление специалисту, которого он идеализирует.	Пациент разделяет со специалистом ответственность за результаты лечения, признавая свою часть проделанной работы.
6	Пациент не критичен к состоянию и заболеванию, зачастую эйфоричен.	Пациент испытывает чувство страха от осознания необходимости продолжать психотерапию.
7	Результаты терапии соответствуют персистирующим в популяции мифам о возможности быстрого исцеления от аддиктивного расстройства за один сеанс.	Пациент уклоняется от обсуждения болезненных тем, демонстрируя на сессии преимущественно свою успешность.
8	Пациент полагает, что самое худшее уже позади и смотрит на мир сквозь «розовые очки».	Пациент испытывает страх из-за опасения потерять то, что он уже достиг в терапии.

Итак, «бегство в здоровье» – это образное выражение, в психоанализе используемое для характеристики быстрого выздоровления, свидетельствующего не о действительном исцелении пациента, а о его страхе перед продолжением лечения и нежелании продолжать анализ проблемного поведения и его причин. В основе этого явления лежит страх перед вскрытием бессознательных влечений и неприемлемость к их осознанию [5, 4].

«Негативная терапевтическая реакция».

Негативная терапевтическая реакция (НТР) – специальный термин, обозначающий нежелательную реакцию, к счастью, редко встречающуюся, на психоаналитическое лечение, а именно: усугубление симптоматики пациента в ответ, как раз на те интерпретации, которые должны

были бы облегчить болезненные проявления [5].

Впервые, в период 1910–1914 г, Зигмунд Фрейд обратил внимание на тенденцию своего тяжело нарушенного пациента Сергея Панкеева (известного как «Человек-Волк») негативно реагировать на успех в терапии. З. Фрейд в работе «Из истории одного детского невроза» (1918) писал: «Пациент ... долгое время оставался недоступным... Потребовалось длительное воспитание, чтобы заставить его принять самостоятельное участие в работе; а когда вследствие этих стараний наступило первое облегчение, он немедленно прекратил работу, чтобы не допустить дальнейших изменений и, таким образом, остаться в создавшейся уютной обстановке. Его боязнь перед необходимостью самостоятельного существования была так велика, что превосходила все страдания, вызванные болезнью» [9].

Негативная терапевтическая реакция возникает после успешной сессии и проявляется в остром разочаровании в терапии и психотерапевте, прерывании лечения и резком обострении симптомов, из-за которых пациент начал искать помощь. Взяв за основу классическое фрейдовское описание НТР Р. Русильон (1985) показал, что негативная терапевтическая реакция состоит из трех стадий:

1. Улучшение состояния пациента
2. Аналитик выражает свое удовлетворение по поводу прогресса пациента
3. Ухудшение состояния пациента [15].

Карен Хорни, в работе «Проблема негативной терапевтической реакции» (1936), указала на роль зависти пациента к терапевту, проявляющейся в том, что пациент не может вынести успешную психотерапевтическую работу с ним [12]. Зависть по определению – это недовольство по поводу того, что другой обладает чем-то, чем индивид хотел бы обладать сам. Характеризуется чувством злости по поводу удачливости другого лица, враждебностью по отношению к нему; досадой и подавленностью из-за собственной предполагаемой неполноценности, жадной обладать недостающим свойством [3].

Тот факт, что пациенту благодаря концентрации «силы воли» не удалось избавиться себя от игромании – заставило его обратиться за помощью. Это нанесло чувствительный удар по его нарциссизму. Нарциссические пациенты не способны к благодарности. Они отчаянно мечутся между злостью и завистью. Проецируя свою зависть и злость на других, они обычно считают, что другие люди завидуют им или гnevаются на них. Некоторые пациенты считают сам факт своего обращения к пси-

хологу или врачу – постыдным доказательством их ущербности и неполноценности. Если в результате терапевтической работы они начинают меняться, то это повышает их самооценку, но и парадоксальным образом «сыпет соль» на старую нарциссическую рану. Ситуация получения помощи для некоторых из них очень болезненна, так как в их глазах она приравнивается к уничтожению того чрезвычайно оторванного от реальности идеализированного образа себя самого. Если в их восприятии психолог оказывается более успешным, чем они сами, то для нарциссического пациента осознание этой мысли просто невыносимо. Это осознание заставляет их признать зависимость от лечения, психолога и психотерапевтической помощи. Также, это означает признание отсутствия у них абсолютного всемогущества, совершенства и автономии. Им начинает казаться, что оказывая им помощь, психолог стыдит и упрекает их за их несовершенство. В отчаянии такие пациенты становятся готовыми пожертвовать собой и своим собственным выздоровлением, лишь бы восстановить хрупкий нарциссический баланс.

Карен Хорни привела динамическое описание феномена «негативной терапевтической реакции» следующим образом:

1. Явное облегчение в начале.
2. Избегание от перспективы улучшения.
3. Разочарование в терапии и ощущение безнадежности.
4. Намерение прекратить терапию [12].

Андре Грин (1975) писал: «По моему опыту рецидивы, всплески агрессии и периодические коллапсы после прогресса указывают на потребность любой ценой сохранить отношения с плохим внутренним объектом. Когда плохой объект теряет свою силу, единственным выходом будет, как кажется, попытка снова его вызвать, воскресить в виде другого плохого объекта: они похожи с первым как братья, и пациент может идентифицироваться с этим вторым объектом. Дело здесь не столько в неустрашимости плохого объекта или в желании быть уверенным, что ты его, таким образом, контролируешь, сколько в страхе, что исчезновение плохого объекта заставит пациента столкнуться с ужасами пустоты, при том, что не будет никакой возможности когда-либо заместить его хорошим объектом, даже если этот последний и окажется в пределах досягаемости. Объект плох, но он хорош тем, что существует, даже если он и не существует в качестве хорошего объекта. Цикл уничтожения и повторного возникновения напоминает многоглавую гидру...» [1].

Любые изменения привычного всегда заставляют пациента столкнуться с чем-то новым, а все новое, как известно, пугает. Поэтому неу-

дивительно, что, несмотря на страдание, многие пациенты предпочитают цепляться за то, что им давно знакомо. К тому же опыт последних лет жизни наполненных игрой, конфликтами вокруг игры и решением проблем, возникших благодаря игре, сформировал у них определенный характерный паттерн. Пациенты привыкли к тому, что их жизнь напоминает бесконечную чрезвычайную ситуацию. Кажется, что у таких патологических игроков удовольствие от боли уступило место получению удовольствия от неудачи. Более того, некоторые воспринимают проигрыши, потери и преследование со стороны кредиторов как некое благо, как стимул для дальнейшего развития и заработка. Некоторые пациенты, говорили нам о том, что после проигрыша они начинали лучше функционировать в своей профессиональной и деловой жизни. В голове у них наступало своеобразное «просветление» и складывались самые невероятные бизнес проекты и новые финансовые схемы. Но при этом, наша попытка как специалистов, показать пациентам на то огромное удовольствие, какое они получают в результате собственных неудач и провалов, наталкивалась на колоссальное сопротивление и неприятие.

Нам также приходилось иметь дело с пациентами, которые утверждали, что именно состояние крайнего опустошения, возникающие у них после выхода из игрового зала, является для них глубоко желательным и притягательным. Свое состояние они описывали, как дереализацию – мир становился как после атомной войны какой-то пустой и далекий. Пациенты смотрели на него как со стороны, отстранено и как бы сквозь мутное стекло, переживая состояние близкое к психотической спутанности и деперсонализации. Никаких чувств у них не было, была полная анестезия и безразличие ко всему, в том числе и к своей судьбе. Бывало, что они в течение нескольких часов бессмысленно бродили по городу, не отвечая на телефонные звонки. Иногда, пациенты после очередного крупного проигрыша не приходили домой и в течение нескольких дней жили на вокзалах, подвалах, чердаках, гаражах, и дачных домиках. Без объяснений не выходили на работу и иногда даже бросали ее навсегда, даже не соизволив забрать трудовую книжку. Некоторые, уйдя из дома (обычно не предупредив своих близких), искали ночлега у друзей и знакомых. Один наш пациент, живя дома с семьей в городской квартире и имея свою отдельную комнату, предпочитал жить на балконе.

Воздерживаясь, какое-то время от игры, такие пациенты утверждали, что иногда испытывают невообразимую тоску по тому состоянию «живого мертвеца», в котором они прибывали после очередного крупного проигрыша. Эпизоды самой сильной тяги к игре у них возникали не по-

сле того, как они вспоминали о выигрышах и хорошей игре, а именно после воспоминаний о пустоте и дереализации после игрового фиаско.

Когда их проблемы начинают решаться или уходят на задний план, такие пациенты вместо облегчения и радости впадают в тоску и апатию. У них как у первертов как будто отменена бинарная оппозиция между наслаждением и страданием. Некоторые, из них перестав мучаться и чувствовать преследование со стороны кредиторов, ощущают себя дезориентированными и потерянными, так как будто они утратили, что-то важное, то ради чего и зачем они жили. Тут то и выясняется, насколько важно для подобных пациентов находиться в контакте с плохим внутренним объектом (со своим преследованием, беспокойством, стыдом, виной, жалостью к себе, ощущением покинутости и т. д.). Контакт с плохим внутренним объектом и постоянное психическое напряжение, в котором живут патологические азартные игроки, является защитой от того, что пугает их еще больше, а именно от ощущения злокачественной внутренней пустоты. Лучше плохо, чем никак. Некоторые игроки, описывают свое душевное состояние как «черную дыру», в которую все проваливается и нечего не высвобождается наружу. Они переживают трудно символизируемую невообразимую муку внутренней пустоты, клинически напоминаемую анаклитическую депрессию у покинутых своими родителями новорожденных. Термин «анаклитическая депрессия» был введен Рене Шпицем в 1946 году для описания состояния депрессии, ухода в себя и безразличия, в которое впадают младенцы, когда их отделяют от матери [4].

Чтобы спастись от этого состояния пациенты начинают организовывать себе неприятности и проблемы, а потом героическими усилиями пытаются их решить и преодолеть. Ими разыгрывается драма, на сцене которой, выступает только один человек – он является жертвой и он же и мучитель. Вся та соль, что щедро сыплется им на раны, сыплется ими же самими. Но при этом, такие пациенты, казалось бы, прибывают в полном неведении, относительно того, что они делают с собой и со своей жизнью. У них воистину: «Правая рука не знает, что делает левая». Им кажется (и они жалуются), что другие плохо обращаются с ними, отвергают и злятся на них. При этом именно они делают это сами с собой и со своими близкими. Они отчаянно сражаются с ветряными мельницами, со своими ночными кошмарами, которые сами же (бессознательно) и вызвали к жизни.

Такие пациенты, с большим удивлением, задним числом обнаруживают, что их жизнь без игры по их ощущениям и по их поступкам почти

не отличается от жизни в игре. Все тоже самое! Некоторых эта параллель заставляет задуматься о глубинных причинах своих проблем и помогает расстаться с иллюзией, в которой они счастливо прибывают. Иллюзия заключена в убеждении, что у них есть проблема только с игрой, а с ними как таковыми все в порядке. Стоит только им отказаться от игры – рассуждают они, и жизнь тут же наладиться, все автоматически станет хорошо. Через короткое время воздержания от игры они убеждаются, что далеко это не так. Их игромания – это вершина айсберга, всего лишь повод обратиться за помощью. Говоря простым языком, проблема наших пациентов в том, что они привыкли выживать, они забыли (а многие и не знали) как жить. Это осознание приводит одних пациентов к желанию роста, развития, продолжения психотерапии и изменения, а других к регрессии, очередному игровому срыву и ощущению безнадежности.

Клинически негативная терапевтическая реакция проявляется следующим образом. Пациент активно работает в психотерапевтической группе или в индивидуальной психотерапии, у психолога возникает контрпереносное чувство радости за прогресс, возникающий на сессии. Пациент раскрывается, встречается со своими чувствами, начинает воспринимать то, что он некогда раньше отрицал в себе. Он воспринимает слова психолога, как дающие надежду, поддержку и понимание его проблем и трудностей. Интерпретации и комментарии, даваемые психологом, воспринимается им как расширяющие и углубляющее его понимание. Его надежда на изменение и улучшение его жизненной ситуации возрастает. Пациент покидает психолога, переживая чувство благодарности и признательности. Психолог, в свою очередь, также испытывает удовлетворение от проделанной работы и ожидает дальнейшего продвижения пациента.

При самом негативном развитии событий на следующую сессию пациент просто не приходит, то есть своими действиями он демонстрирует, что он досрочно прекращает психотерапию. В другом варианте развития негативной терапевтической реакции, пациент звонит своему психологу и сообщает, что он не придет на очередную заранее установленную сессию. Обычно, пациент звонит не заранее, а непосредственно перед началом сессии и даже во время нее. Также, обычно, пациент ссылается на какое-то внешнее событие, препятствующее ему придти, реже прямо сообщает, что ходить на психотерапию он больше не будет.

В другом варианте развития событий, пациент все-таки приходит к психологу и сообщает, что у него произошел игровой срыв. Или он просто напился и принял наркотики. Или пациент сообщает, что он под-

верг опасности свою жизнь и свое благополучие, рискованно управляя автомобилем и попав в ДТП, или вступил в рискованный сексуальный контакт. Был агрессивен, враждебен и/или деструктивен дома или на работе, наговорил кучу гадостей людям, от которых зависит и/или которых любит и т. д. Причем сам себе он не в состоянии объяснить, как это произошло, и зачем он вообще это сделал. Часто, пациент испытывает чувство безнадежности, вины, опустошения и недоумения.

Возможности психолога в этом случае весьма ограничены. Но, тем не менее, они реально существуют. Если пациент пропустил сессию и не предупредил об этом своего психолога, мы рекомендуем поступить следующим образом, разумеется, если это не входит в противоречие с первоначально заключенным контрактом между пациентом и психологом.

Психолог отправляет пациенту SMS приблизительно следующего содержания: «Что-то помешало Вам придти на сессию такого-то числа, в такое-то время. Пожалуйста, сделайте над собой усилие, придите такого-то числа во столько-то. Подпись». Несомненным достоинством этого способа обращения с деструктивным и агрессивным отыгрыванием пациента выраженном в том, что он даже не соизволил предупредить о том, что он не придет на сессию является то, что психолог демонстрирует свое беспокойство по поводу поведения пациента в не преследующей, не инвазивной и не в осуждающей манере.

Психолог констатирует факт: «Что-то помешало Вам придти на запланированную сессию». При этом психолог предполагает что это «Что-то» скорее какое-то психическое препятствие, расположенное во внутреннем, субъективном мире пациента. При этом пациент обычно считает что это «Что-то» – чем-то внешним и событийным.

Своим сообщением психолог делает шаг на встречу пациенту показывая, что даже не смотря на всю его деструктивность (за которой обычно скрывается невыносимое психическое страдание), он не разрушен и не уничтожен действиями пациента и по-прежнему готов к конструктивному сотрудничеству. Важно то, что психолог определяет конкретную дату, и точное время, в которое он будет ждать пациента и на которое пациент может рассчитывать. Иногда, пациент хочет придти, но испытывает чувство вины и/или боится гнева психолога за свое поведение. Иногда пациент воспринимает фигуру психолога в переносе столь искаженно, что может проективно предписывать психологу чувство мести, ненависти и разочарования. Пациент боится услышать осуждение в свой адрес, он боится снять трубку и позвонить психологу. Эта терапевтическая тактика открывает перед пациентом дверь. Дальнейшие действия

зависят только от него самого, психолог со своей стороны сделал все, что от него зависит и даже более того.

В другом варианте развития негативной терапевтической реакции, пациент звонит своему психологу и сообщает, что он не придет на сессию. Обычно пациент звонит не заранее, а непосредственно перед началом сессии и даже во время нее. Также обычно пациент ссылается на какое-то внешнее событие, препятствующее ему придти, реже он прямо сообщает, что ходить на терапию больше не будет.

В этом случае мы рекомендуем поступить следующим образом, разумеется, если это не опять таки это не противоречит первоначальным соглашениям между пациентом и психологом.

Психолог решительно и прямо говорит пациенту: «Вы сообщаете мне о возникших у Вас сложностях. Тем не менее, пожалуйста, сделайте над собой усилие и придите на сессию такого числа в такое-то время». Задача психолога в этом случае, не вступать в бесплодные дискуссии с пациентом и не пытаться по телефону прояснить природу его затруднений. Он должен быть краток, конкретен и ясен. Пациенты, обычно, пытаются вовлечь психолога в давно описанную транзактными аналитиками игру – «Да, но». Цель этой игры заключается в том чтобы, заявив о проблеме последовательно отвергнуть любую предлагаемую помощь и любые варианты возможного решения проблемы. Психологу важно не попасть в эту ловушку, напротив говоря пациенту: «Сделайте над собой усилие и придите на сессию такого числа в такое-то время» он взывает к его нарциссизму, к его гордости и сомнению.

Психолог вместо абсолютно неконструктивной и бесполезной попытки провести сессию по телефону (пытаясь скрыть этим свое разочарование) императивно, четко и ясно говорит пациенту о том, что он ждет его на сессии в другой день и другое время. После этого, следует решительно завершить разговор. На все попытки пациента говорить о том, что он не может, у него проблемы или что лечение ему «не помогает» и т. д. (разумеется, если речь действительно не идет в форс-мажорных обстоятельствах и у психолога есть основание полагать, что он имеет дело именно с сопротивлением психотерапевтическому лечению и негативной терапевтической реакцией), следует не придавая большого значения словам пациента придерживаться рекомендованной тактики. На все возражения пациента следует еще раз, в стиле «заезженной пластинки», повторить: «Тем не менее, сделайте над собой усилие и придите на сессию такого числа в такое-то время». Продолжительность телефонного разговора не должна превышать три – четыре минуты.

Возможно такая тактика кому-то кажется несколько императивной и «не эмпатичной», но тем не менее она доказала свою эффективность на практике. Пациенты часто приходят в назначенное время (обычно с небольшим опозданием дабы «сохранить лицо»), даже если по телефону они говорили психологу что «не могут» или недовольны «результатами лечения» и т. д.

В другом варианте развития событий, пациент все-таки приходит к психологу и сообщает, что у него произошел игровой срыв. Или он просто напился и принял наркотики. Или пациент сообщает, что он подверг опасности свою жизнь и свое благополучие, рискованно управляя автомобилем и попав в ДТП или вступил в рискованный сексуальный контакт. Был агрессивен, враждебен и/или деструктивен дома или на работе, наговорил кучу гадостей людям, от которых зависит и/или которых любит и т.д. Причем сам себе он не в состоянии объяснить, как это произошло, и зачем он вообще это сделал. Часто, пациент испытывает чувство безнадежности, вины, опустошения и недоумения.

Психолог должен ясно отдавать себе отчет, с какой патологией он работает и должен не исключать возможность развития негативной терапевтической реакции в случае слишком сильного продвижения вперед в терапии. Психолог должен знать, что у подобных пациентов глубоко укоренены в структуре их характера склонность к депрессивному аффекту, садомазохизму, негативизму, деструктивности и сопротивлению, исходящему от их чрезмерно жестокого Супер-Эго. По возможности он должен уметь обращаться с проявлением негативной терапевтической реакции.

По нашему мнению, есть несколько способов действия в данной ситуации. Какой конкретно применить зависит от школы, знаний, опыта психолога, специфики личности пациента, силы Эго и от степени опасности для жизни его способа отреагирования. Необходимо учитывать проходит ли это терапия в группе или индивидуально и насколько пациент способен к комплайенсу.

Согласно нашему опыту, во многих случаях, тактика предпринимаемая психологом сводиться к пошаговому восстановлению хронологии событий (фактов), а главное переживаний, мыслей и чувств пациента после завершения продуктивного психотерапевтического сеанса. Психолог может помочь пациенту выявить и идентифицировать специфическую самопораженческую мысль, возникшую у него на фоне полного благополучия и оптимизма. Обычно, это односложная не замысловатая конструкция, прозвучавшая в голове пациента как команда Супер-Эго. Как известно,

приказы Супер-Эго имеют, как правило, аудиальный, вербальный характер. «Голос совести» звучит внутри и слышится и воспринимается субъектом как внутренней голос. Отто Фенихель (1945) писал: «Основа Супер-эго (субъекта) формируется слуховым восприятием словесных стимулов. Родительские увещания, поощрения и угрозы инкорпорируются посредством органов слуха. Таким образом, команды Супер-Эго, как правило, подаются в вербальной форме» [7]. Эта команда Супер-Эго, звучит в сознании пациента как приказ обвинительной, запрещающей или обесценивающей природы: «Все напрасно!», «Ты никогда не будешь счастлив!», «Ты (я) недостойн!», «Жизнь не удалась!» и т. д. Если пациент с помощью психолога в состоянии вспомнить, идентифицировать и воспроизвести эту команду, прозвучавшую в его голове непосредственно перед совершением им аутодеструктивного поступка, то это может означать значительное продвижение вперед. Затем, психолог может предложить пациенту рассмотреть эту мысль, проговорить ее в слух, попробовать почувствовать, каково ему жить с ней. Привести аргументы в пользу ее справедливости и реальности, а затем привести контраргументы, то есть хоть как-то попытаться пережить и почувствовать амбивалентность.

Другим способом является предложение вспомнить, в каком возрасте и от кого он услышал эту фразу (мысль, суждение) впервые. Иногда, пациент вспоминает что, какая либо авторитетная родительская фигура из его окружения произносила подобные слова в его или свой адрес. Таким образом, пациент может растождествиться с ней, и осознать связь между текущими событиями своей жизни и своим прошлым опытом.

В некоторых случаях, психолог может напрямую дать интерпретацию «крушения в результате успеха». Он может указать пациенту на привычный паттерн его реагирования в повседневной жизни, когда крах пациента возникал сразу после достижения им желаемого успеха.

Так же психолог может продемонстрировать пациенту, что стоит за его потребностью иметь неудачи. Напомнив, что неудача, провал, крушение – это поиск боли, где в виде ранящего преследователя выступает анонимная судьба. Как указывал З. Фрейд, в работе «Достоевский и отцеубийство» (1928): «В нашем «Я» возникает довольно большая потребность в наказании, и «Я» частично отдает себя в распоряжение судьбы, а частично находит удовлетворение в жестоком обращении «Сверх-Я» с ним... Да и судьба целиком – это лишь дальнейшая проекция отца». Поиск боли, поиск наказания в его конкретном телесном смысле может трансформироваться в символическую, но не менее реальную моральную боль, боль крушения и разочарования.

В любом случае, психологу следует помочь открыть пациенту глаза на реалии его жизни и дать ему представление о саморазрушительном характере его поведения. Пациенту следует помочь осознать у себя наличие этих опасных сил. Понимание мотивов, составляющих сущность его ситуации, может привести к противопоставлению сознательного намерения успеха, благополучия и выздоровления подсознательному намерению крушения и самонаказания. Честность перед самим собой, связь с психологом и другими участниками в психотерапевтической группе, принятие ответственности за свою жизнь – является базой для противостояния самодеструктивности, которая проявляется в негативной терапевтической реакции.

Итак, мы описали три типа весьма характерных негативных реакций (феноменов) и соответствующих им поведенческих паттернов во время прохождения психотерапевтического лечения и реабилитации. Мы выделили «исцеление переносом», «бегство в здоровье» и «негативную терапевтическую реакцию». Все эти феномены имеют одну глобальную цель – сопротивление психологическому исследованию и досрочное и одностороннее со стороны пациента, прекращение психотерапевтического лечения.

Знание психологом особенностей психологической динамики подобных реакций вооружает его способностью адекватно и своевременно реагировать при их первых признаках адекватной психотерапевтической интервенцией. От успеха подобного вмешательства зачастую зависит продолжение пациентом дальнейшего лечения, его эффективность и прогноз на будущее.

Литература.

1. Грин Андре «Аналитик, символизация и отсутствие в аналитическом сеттинге (об изменениях в аналитической практике и аналитическом опыте) – памяти Д.В. Винникотта». Впервые опубликовано в 1975 Int. J. Psycho-Anal., 56: 1–223.
2. Гринсон Ральф Р. Техника и практика психоанализа./Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2003. – 478 с. (Университетское образование)
3. Кляйн Мелани. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. Пер. с англ. А. Ф. Ускова. – СПб.: Б.С.К., 1997. – 96 с.
4. Лапланш Ж., Понталис Ж. Б.; Словарь по психоанализу/Пер. с фр. и предисл. Н.С. Автономовой. 2-е издание перераб. и доп. СПб.: Центр гуманитарных инициатив, 2010. – 751 с.
5. Психоаналитические термины и понятия: Словарь/Под ред. Борнес-

са Э. Мура и Бернарда Д. Фаина/Перев, с англ. А. М. Боковинова, И. Б. Гриншпуна, А. Фильца. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 304 с.

6. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа./Пер. с англ. СПб. Восточно-Европейский Институт Психоанализа 1995. – 288 с.

7. Фенихель О. «Психоаналитическая терапия неврозов». – М.: Академический проект, 2004. – 848 с.

8. Фрейд Зигмунд. Введение в психоанализ. Лекции. – М.: Наука, 1991. – 546 с.

9. Фрейд Зигмунд. Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса./Собр. соч. в 26 томах. Том 4./Пер с англ. С. Панкова. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2007. – 376 с.

10. Фрейд Зигмунд. Фрагмент анализа одного случая истерии./Собрание сочинений в 10 томах. Том 6. Истерия и страх. Пер. А. Боковинова. М.: СТД. 2006. С. 83–186.

11. Greenacre, P. (1975). On Reconstruction. Journal of the American Psychoanalytic Association, 23: 693–712.

12. Horney K. The Problem of the Negative Therapeutic Reaction – Psychoanalytic Quarterly, LXXXVI, 2007. – pp. 27–42.

13. Nasrallah, Henry A. «The most powerful placebo is not a pill»./Current Psychiatry. T. 10, № 08/August 2011.

14. Oremland, J.D. (1972). Transference cure and flight into health: International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy Vol 1 (1) Feb 1972, 61–75.

15. Roussillon, R. La reaction therapeutique negative du protiste au jeu de construction//Revue francaise de psychoanalyse, 49: 597–621.

2.4 Аддикция, феномен тяги и механизмы психологической защиты.

Автономов Д.А.

«Addictus (аддиктус) – это юридический термин, которым называют человека подчиняющегося, осужденного: «addicere liberum corpus in servitutem» означает «приговаривать свободного человека к рабству за долги», таким образом «аддиктус» – тот, кто связан долгами» (Stowasser, 1940) [19].

Почти сто лет назад в 1912 году Charles B. Towns описал три признака, которые по его мнению, являются характерными для наркозависимости. Он назвал их «триадой наркозависимости»: возрастающая «тяга» к наркотикам, повышение толерантности и абстинентный синдром, возникающий при отнятии (Musto D.F. 1973) [35]. Шандор Радо в статье «Психоанализ фармакотимии (наркотической аддикции)» (1933) писал: «... Изучение проблемы аддикции ... начинается с признания

факта, что не токсическое вещество, а побуждение использовать его делает наркомана наркоманом... Аддикции понимаются, как психически детерминированные, искусственно вызванные заболевания; они могут существовать, потому что существуют наркотики; и возникают они по психическим причинам» (курсив наш) [23]. Ш. Радо пришел к выводу что, несмотря на разнообразие наркотических пристрастий, все они представляют собой варианты одной единственной болезни. Упрощенно клиническая картина болезни зависимости была описана Ш. Радо еще в 1926 году очень простой формулой: «Страстное желание опьянеть – само опьянение – его последствия» [22].

Аддиктивное влечение («тяга») стало центральным наркологическим феноменом при описании злоупотребления наркотиками, алкоголем, азартными играми и зависимости от них. По традиции в отечественной литературе используется термин «патологическое влечение» [14]. На примере химической зависимости И. Н. Пятницкая (2008) выделяет то, что она определяет обсессивное (психическое) и компульсивное (физическое) влечение к ПАВ [20]. «Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствии наркотика. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов. В сочетании с навязчивостью мыслей о наркотике, это дает основание называть психическое влечение обсессивным... в духовном мире наркомана возникла аффективно насыщенная привязанность, кататимно искажившая мышление и снизившая субъективную ценность прежних интересов. Обсессивное влечение перестраивает психическую жизнь больного и межличностные его отношения, меняет социальную ориентацию личности. Факторы внешней ситуации начинают оцениваться с точки зрения их способствующих или препятствующих наркотизации возможностей» [20]. Согласно И. Н. Пятницкой компульсивное (физическое) влечение – «... выражается в неодолимом стремлении к наркотизации. Влечение достигает интенсивности витальных и, более того, способно вытеснять другие витальные влечения – голод, жажду... Компульсивное влечение не только определяет умонастроение и аффективный фон; оно диктует поведение, подавляет и устраняет противоречащие мотивы и контроль. Компульсивное влечение определяет поступки больных, мотивацию их действий» [20].

Подобная классификация, основанная на описании возможного психопатологического механизма её реализации, несмотря на некоторую клиническую ценность, подвергалась заслуженной критике. В частно-

сти, А. В. Погосов и П. К. Мустафетова (1998), В. В. Чирко (2002) совершенно верно утверждают, что приводимое И. Н. Пятницкой определение obsessions и compulsions больше соответствует описанию сверхценного аффекта или даже паранойяльного бреда, а не obsessionalного состояния [17, 31]. Действительно, определение, данное И. Н. Пятницкой, входит в противоречие с традиционным пониманием obsessions и compulsions [15, 32].

Obsessions – это рекуррентные и стойкие идеи, мысли, образы, побуждения которые переживаются субъектом как навязчивые и бессмысленные. Подобные мысли являются источником тревоги и дистресса, они приводят к нарушению личностной, социальной и/или ролевой деятельности. Пациент предпринимает повторные попытки избавления от подобных абсурдных мыслей, пытаясь их подавлять, игнорировать и избегать. Пациенты отдают себе отчет, что подобные навязчивые мысли являются продуктом их собственного мозга, а не транслированы извне. Фактически obsessionalное мышление маскируется под реальное мышление, хотя, по сути, состоит из серии ментальных актов, направленных на контроль плохих, беспокоящих и вмешивающихся мыслей или идей, которые занимают ум. Итак, только абсурдные, Эго-дистонные мысли, образы и побуждения, возникающие помимо воли индивидуума можно определить как obsessionalные [15, 32].

Compulsions являются реакцией на obsessions. Они направлены на предотвращение и/или нейтрализацию тревоги, дистресса и/или воображаемого катастрофического события. Compulsions являются целенаправленными, повторяющимися и преднамеренными действиями, производимыми по определенному шаблону, стереотипу. Пациент отдает себе отчет, что подобные действия являются необоснованными и чрезмерными. Compulsive пациент чувствует себя вынужденным делать нечто ему неприятное, то есть действует вопреки собственным желаниям. [15, 32] Итак, для compulsions характерно постоянное, устойчивое желание реализовывать бессмысленные действия. Реализация compulsions является «защитной», она снижает тревогу, но не приносит удовольствия и удовлетворения. В целом для obsessionalно-compulsive состояния характерна пароксизмальность, навязчивость, «паразитичность» и неприятность для субъекта.

Отто Фенихель в своем фундаментальном труде «Психоаналитическая теория неврозов» (1945) описывает различие compulsive переживаний от impulsive побуждений так: «Compulsive невротик чувствует себя вынужденным делать нечто ему неприятное, то есть дей-

ствуется вопреки собственным желаниям. Перверт находится во власти нездоровых пристрастий и не может противостоять им даже с помощью волевых усилий. Чувство вины порой противодействует пагубным побуждениям, но в момент возбуждения пристрастие испытывается как синтонное эго и желание осуществляется в надежде получить удовольствие. Рассматриваемые побуждения в отличие от компульсивных имеют «инстинктивный» характер. Они переживаются тем же образом, как обычные инстинктивные побуждения переживаются нормальными людьми» [29]. На наш взгляд с феноменологической точки зрения можно говорить о том, что аддиктивное влечение – это специфическая интенция к объекту зависимости, возникающая посредством активизации в памяти, аффективно заряженного положительного впечатления и одновременное осознание отсутствия данного состояния сейчас, приводящая к стремлению воспроизвести его в ближайшем будущем [1].

Еще одно важное положение, это воспоминание-грёза, возникает именно в тот момент, когда субъект чувствует нехватку реального удовлетворения в данный конкретный момент своей жизни. Субъект пытается восстановить посредством фантазирования и реактивации в своей памяти того состояния, которое он переживал во время удовлетворения своей потребности (играя, употребляя ПАВ и т. д.) или забвения психической боли, тревоги и неудовлетворения посредством аддиктивной практики.

Фантазирование – это фундаментальная психическая активность, движущей силой которой является желание или, точнее, желание, не удовлетворенное в реальности.

Фантазия – это воображаемый сценарий, в котором участвует субъект: представляет собой исполнение – в более или менее искаженном защитой виде – желания субъекта. Фантазия самым тесным образом связана с желанием, о чем свидетельствует термин З. Фрейда *Wunschphantasie* (нем. «фантазия желания») [12]. В фантазии пациент видит (мыслит) себя как бы и со стороны и изнутри, выступая одновременно режиссером, актером и в меньшей степени зрителем. Фантазия игрока имеет специфическое «игровое» содержание, а фантазия наркозависимого специфическое «наркоманическое» содержание.

Фантазм в психоаналитическом дискурсе это понятие, характеризующее в первую очередь содержательный и структурный моменты действия фантазирования. Под фантазмом нами понимается сцена или последовательность сцен и действий, обнаруживающих стремление к реализации некоторого желания. Можно говорить о том, что фантазм – это конкретный продукт акта фантазирования.

Для азартного игрока фантазмом выступает сам акт «хорошей игры», игрового триумфа, уважения и утверждения его «профессионализма», доказательство что он «Баловень Судьбы» и «Любимец Фортуны». Фантазм – получение «Большого Куша», восхищенные взгляды других игроков и сотрудников казино после выпадения Джек Пота, крупная покупка на выигрыш, реабилитация в глазах семьи и родных, когда игрок в своих мечтах бросает к их ногам чемодан полный денег и т. д.

Фантазии представляют собой последовательности сцен, в которых присутствует сам субъект как наблюдатель и как участник. Происходит динамическое изменение (трансформация, обмен) ролей субъекта подобно тому, как это происходит во время карнавала, (согласно воззрениям М. М. Бахтина).

Возвращаясь к вышенаписанному, мы полагаем, что именно фрустрирующее переживание отсутствия удовлетворения и разделение с объектом, с которым это удовлетворение связано, порождает грезы об объекте, то есть попытку воссоздать внутри себя то, что отсутствует снаружи. Исходя из этого описания, становятся понятными воспоминания многих наших аддиктивных пациентов о так называемом «автоматизме», «игровом трансе» и т. д. Так называемый «игровой транс» возникал у них до игры и приводил их в игровой клуб. Та специфическая интенция к объекту зависимости, о которой мы писали вначале, является одновременно следствием неудачи и краха попытки удовлетворяющей субъекта репрезентации удовлетворения и в тоже время обозначением маршрута к получению удовлетворения.

Важно также посмотреть, что происходит с субъектом при невозможности в силу каких-либо внешних или внутренних обстоятельств реализовать свое аддиктивное влечение (вне наличия признаков физической зависимости). Согласно самоотчетам наших пациентов они сталкивались в этот момент с массой самых разнообразных, конфликтных, болезненных чувств и состояний. Состояние психического комфорта наступает при реализации аддиктивного влечения, а состояние дискомфорта при невозможности этого действия. Обобщая эти самоотчеты можно говорить о конфликте между импульсом влечения и защитой от импульса влечения. Попытки «галлюцинаторно», иллюзорно (фантазийно) воссоздать состояние, возникающее в процессе азартной игры без участия в игре, сменялись попытками «стряхнуть» с себя это состояние, отвлечься и переключиться на что-то другое. Это переживание имеет черты обсессивности, однако, это не совсем так. Так как обсессии по своей природе бессмысленные, идиосинкразические и Эго-дистонные ментальные акты.

Аддитивное влечение в поведении проявляется «прорывом импульса» и стремлением к удовлетворению инстинктивных нужд. Можно предположить, что аддитивное расстройство – это расстройство регуляции психического напряжения. Пациенты ощущают возбуждение в начале, удовольствие и эйфорию во время совершения действия и возможно (не обязательно) вину (досаду, сожаление) после его реализации. Импульс аддитивного влечения в момент реализации переживается Эго-синтонно и приносит удовлетворение и разрядку, но Эго-дистонен при воспоминании о нем и часто сопровождается «раскаяньем».

Импульс влечения (*triebregung* нем.) – обозначение динамического аспекта влечения: иначе говоря, влечение, которое актуализируется и формируется под влиянием определенного внутреннего побуждения. В целом *trieb* (нем. влечение) – связано по смыслу с «толчком» (*treiben* – нем. толкать), при этом подчеркивается не какая-то конкретная цель, но скорее общая направленность движения, не определенный объект, но скорее не невозможность противостоять толчку [12]. Аддитивное влечение к объекту аддикции импульсивно, оно не переживается как компульсия, оно не чуждо Эго, и не является бессмысленным или идосинкразическим. Аддитивное влечение отличается от обычных, нормальных импульсивных влечений особым ощущением непреодолимости и невозможности отложить его [29].

О. Фенихель полагал, что самые разнообразные аддикции – это варианты одной и той же болезни. «В основе нарушения влечений при наркомании лежат те же факторы, что и при других импульсивных неврозах. Наркоманы наиболее яркие представители импульсивного типа... это те, кто склонен реагировать специфически на воздействие алкоголя, морфина и других наркотических средств, а именно, пытается использовать их воздействие в удовлетворении архаического орального влечения, которое одновременно сексуальное вождение, потребность в безопасности и потребность в поддержании самоуважения. Таким образом, происхождение и природа наркомании определяются не химическим эффектом препарата, а психологической структурой пациента» [29].

В психоанализе большая роль придается так называемым «защитным механизмам личности». Согласно Ж. Лапланшу, Ж. Б. Понталису (2010) под защитными механизмами личности можно понимать: «Совокупность действий, нацеленных на уменьшение или устранение любого изменения, угрожающего цельности и устойчивости биопсихологического индивида... В целом речь идет о защите от внутреннего возбуждения (влечения) и особенно от представлений (воспоминаний, фантазий),

причастных к этому влечению, а также о защите от ситуаций, порождающих такое возбуждение, которое нарушает душевное равновесие и, следовательно, неприятно для Я» [12].

Механизмы отрицания аддиктивного влечения и самого факта наличия расстройства являются типичными для лиц, впавших в зависимость. Карвасарский Б. Д. указывал: «У больных наркоманией основными формами защиты являются: отрицание, регрессия и компенсация» [11]. Фридман Л. С. с соавторами (1998) перечисляют методы «самозащиты», которые используются злоупотребляющими ПАВ и членами их семей, чтобы «не замечать» существование проблем. Авторы выделяют: отрицание, оправдание, перекалывание ответственности и приуменьшение важности проблемы [30].

На примере обследованных нами 103 пациентов с верифицированным диагнозом: «Патологическая склонность к участию в азартных играх (F 63.0)» нами было представлено стадийное, пошаговое описание осознания пациентом своего аддиктивного влечения к игре с точки зрения динамики психологических защит [1, 5].

Мы полагаем, что возможна осторожная экстраполяция выводов, полученных нами и на зависимость химическую. По нашему мнению различные защитные механизмы личности искажают сам факт наличия (переживания) аддиктивного влечения, его интенсивность, характер, роль, значение и качество субъективного переживания.

Для иллюстрации мы предлагаем для рассмотрения следующую схему, которую мы назвали «Вектор тяги».

«Отрицание и вытеснение тяги» «Тяги нет» «Слабая» тяга» «Трясет от тяги»

Первым рубежом защиты, по нашему мнению, является отрицание. Барнесс Э. Мур и Бернард Д. Файн (1990) описывают отрицание как: «Примитивный или ранний механизм защиты, с помощью которого индивид отвергает некоторые или все значения события. Таким образом, Я избегает осознания некоторых болезненных аспектов реальности и тем самым уменьшает тревогу или другие неприятные аффекты» [18].

Отрицание у аддиктивных пациентов проявляется в том, что отрицается:

1 Сам факт переживания влечения к игре (или влечения к употреблению ПАВ у наркозависимых) как таковой.

2 Психологический дискомфорт в связи с этим влечением.

3 «Игровая» («Зависимая») часть себя (Я как игрок, как зависимый, как употребляющий ПАВ).

Необходимо помнить, что для зависимых игроков и для других аддиктивных личностей типично игнорирование своего внутреннего мира и в обычных условиях, тонкие проявления АВ (тяги) пациенты просто не замечают. Подобный стиль избегающего поведения Леон Вёрмсер (2000) метко назвал – психофобией [19]. Часто только по поступкам, «задним числом» пациенты могут понять, (и то не всегда) что их поведение мотивировалось влечением к игре. Проявлением отрицаемой тяги по нашему мнению является неопределенный (диффузный) эмоциональный дискомфорт, возникающий у аддиктов вне занятия аддиктивными практиками.

Для примера типично, например то, что патологические игроки, воздерживаясь от игры, отмечают, что им что-то не хватает. Попытки понять и прояснить, что же им не хватает, обычно ни к чему не приводят. Данный дискомфорт можно субъективно классифицировать как переживание скуки. О. Фенихель писал о подобных реакциях следующее: «Пациенты становятся безразличными и угрюмыми. Некоторые из них испытывают парализующую усталость, соответствующую дефициту энергии, и одновременно напряжены, суетливы, поскольку отвергнутые побуждения стремятся к разрядке. Пациенты чувствуют необходимость разрядки, но им недостает энтузиазма и интереса к тому, что могло бы ее обеспечить. Они жаждут подсказки о действиях (ведь их реальные цели бессознательны) и одновременно отвергают все предложения (поскольку не хотят замещения)» [29]. Скука в этом контексте – это состояние внутреннего возбуждения и напряжения при отсутствии осознанной цели. Ральф Р. Гринсон писал: «Скука у пациента означает, что он избегает осознания своих инстинктивных влечений и фантазий. Если пациенту скучно, это означает, что он пытается отвлечь от осознания своих импульсов и вместо них у него появляется специфическое бессознательное напряжение – скука. Скука вне зависимости от того что она может означать, является защитой против фантазий» [10].

Другой защитой от осознания аддиктивного влечения является вытеснение. Вытеснение – действие, посредством которого субъект стремится устранить или удержать в бессознательном представления (мысли, образы, воспоминания), связанные с влечениями. Вытеснение возникает в тех случаях, когда удовлетворение влечения само по себе, способное приносить удовольствие, может оказаться неприятным при учете других требований [12].

Можно говорить о том, что вытеснение – это мотивированное забывание и игнорирование. Мысли, чувства, влечения, являющиеся не желательными в данный момент или неприемлемыми из-за тревоги, которая

может возникнуть в результате их восприятия, становятся не доступными осознанию субъекта. Успешное вытеснение означает, что идея существует вне сознания и для ее удержания вне поля осознания требуется постоянный расход психической энергии. Периодически у таких пациентов к их немалому удивлению происходит «возвращение (возврат) вытесненного».

«Возврат вытесненного – это процесс, при котором вытесненным, но не исчезнувшим при этом элементам удается появиться вновь, хотя и в искаженной компромиссной форме» [12]. Например, один наш пациент, говоривший об исчезновении у него тяги к игре, рассказал нам, что ему каждую ночь начали сниться сны, в которых он отчаянно играет в игровые автоматы.

Периодически, вытесненное влечение играть для игроков дает о себе знать через совершение пациентами ошибочных действий, оговорок на игровую тему, описок, очиток и ослышек. Все эти действия обусловлены бессознательными мотивами, они являются компромиссными образованиями между желаниями и запретами. Так, один наш пациент какое-то время воздерживаясь от игры в рулетку, ужиная в ресторане и желая выпить красного вина, попросил официанта – «Поставить на красное». Оговорка – это не случайность, это то, о чем действительно думал пациент, но не собирался произносить вслух. В оговорках, очитках и ошибочных действиях всегда имеется скрытый от субъекта смысл. Другой наш пациент, будучи в торговом центре с чувством большого удивления прочитал объявление: «Продавец справок не дает!» как «Продавец ставок не дает!». С его слов тяги к игре у него не было, и вообще он в этот момент напряженно думал о проблемах на работе. Еще один пациент с полминуты недоумевал, как так может быть, и нет ли тут какой-то ошибки, когда, сдав одежду, он получил от гардеробщика номерок чёрного цвета с выгравированным на нем номером 36. В его представлении, (а он игрок в рулетку) номер 36 мог быть только красного цвета. Один наш пациент игрок, вынужденный из-за игры и огромных финансовых потерь сдать в аренду свою квартиру в Москве и перебраться жить в Московскую область к родителям. Он постоянно добирался на работу на электричке, и при очередной поездке услышал объявление машиниста электрички: «Осторожно! Двери закрываются, следующая станция Казино!» (вместо станции «Косино»). С его слов тяги к игре у него совершенно не было, и он навсегда решил прекратить играть в покер. В свою очередь, для наркозависимых характерны: «ошибки», оговорки, ослышки, сновидения связанные с темой употребления ПАВ.

Профессор З. Фрейд полагал: «... всё что осталось непонятым, возвращается, подобно неприкаянному духу, который обрекает покой лишь вместе с разгадкой тайны приносящий освобождение» [12].

Другой более утонченной (но не менее коварной) формой отрицания и всемогущего контроля над тягой к игре является действие такой защиты как отказ или опровержение. Опровержение, нередко рассматриваемое как синоним отрицания, включает в себя аспекты вытеснения, изоляции и отрицания. Опровержение допускает вытесненное в сознание, но в негативной форме. З. Фрейд (1925) приводил пример: пациент, которому приснилась женщина, говорит: «Вы спрашиваете, кем мог бы быть человек, который мне приснился? Это не моя мать» [33]. «Негативное суждение является интеллектуальным эрзацем вытеснения», обогащающим мышление, но изолирующим его от аффекта и тем самым отрицающим его эмоциональное воздействие.

Ч. Райкрофт (1995) дает следующее определение этой защиты: «Отказ (negation) – процесс, посредством которого восприятие или мысль допускаются в сознание в отрицательной форме, например, начало головной боли фиксируется мыслью: «Как хорошо, что у меня так долго не болела голова»; или тот факт, что некая фигура во сне заменяет мать, получает следующее объяснение: «Все-таки это была не моя мать». (Суть дела здесь в следующем: мысль о том, что это могла быть мать, должна была возникнуть, чтобы затем от нее отказаться.) Не путать с отрицанием, негативизмом» [21].

Опровержение, отказ – это лишь завуалированная форма утверждения. Мы полагаем, что всякий раз, когда у пациентов возникает тяга к игре, то срабатывает защитный механизм «опровержение» и в результате, «Тяга» волшебным образом трансформируется в «Не тягу». Этот защитный механизм является компромиссом между осознанием тяги к игре и сильным желанием ее отрицать. Перефразируя З. Фрейда (1925), можно «перевести» утверждение игрока: «Я рад, что у меня давно не было тяги к игре», сделанное перед её непосредственной актуализацией как: «Я чувствую желание играть, но пока еще могу это отрицать».

Важно отметить субъективное изменение аффекта – «Не тяга» переживается пациентами как победа, как признак того, что они выздоравливают, или даже в более запущенных случаях, некоторые пациенты начинают думать, что они уже выздоровели от игромании. Радикально меняется поведение пациентов – если раньше они обходили стороной игорные заведения, избегали нахождения у их крупных сумм денег и друзей игроков, то теперь пациенты начинают намеренно приближать-

ся к игровым залам и берут с собой крупные суммы наличных денег без всякой на то необходимости.

Еще одним признаком скрытой для осознания пациентов актуализации влечения к игре является появление мыслей: «Что-то давно мне не хотелось играть!?» или «Что-то давно у меня не было тяги!?!». Аффект радостного удивления, который сопровождает подобные мысли, мотивирует пациентов сознательно и намеренно провоцировать у себя возникновение тяги к игре. Пациенты начинают нарушать добровольно взятые на себя обязательства, необходимые для выздоровления и профилактики срыва, такие как, например: соблюдение «границ» на деньги, контакты с действующими игроками, табу на разговоры об игре и т. д.

Особенно явно действие защитного механизма «отказа» проявляется так: пациент сознательно пытается вызвать у себя тягу к игре. При этом он совершенно не отдает себе отчет, что именно само это желание «Вызвать у себя тягу» и является проявлением уже возникшей тяги к игре.

Другим мотивом является желание проверить личностный контроль над тягой. В этом случае пациенты начинают намеренно провоцировать себя, помещая себя в обстоятельства, способствующие активизации игровых фантазий. Пациенты все чаще, без какой-либо необходимости начинают находиться в непосредственной близости от тех мест, где они раньше играли или, заходят на Интернет сайты, где принимают ставки. Во время подобных действий пациенты продолжают свою интроспекцию с целью обнаружения тяги, говоря себе, что если она появится – то они сразу же прервут подобную практику. Подобные «игры» повышают их самооценку и тешат их тщеславие. Всякий раз «не обнаружив тягу» они торжественно поздравляют себя с очередным «успехом». Некоторые пациенты начинают хвалиться перед другими людьми, ранее упрекавшими их за чрезмерное вовлечение в игру. Приводя в качестве «доказательств» подобные примеры: «Я был там-то и там-то и тяги играть, вообще не возникло!» Пациентам кажется, что они все контролируют и поэтому находятся в полной безопасности ведь тяги играть у них «нет». А раз они чувствуют, что «Тяги нет», то значит – все в порядке.

Другой защитой от осознания аддиктивного влечения является минимизация. Минимизация – совладание путём неосознанного приуменьшения тревожащего аспекта ситуации или объекта. Минимизация действует по механизму смещения, отдаляя угрожающие элементы действительности. В речи (минимизация) находит отражение закономерность, согласно которой удалённые предметы выглядят мелкими. Про-

является словами «немного», «чуть» и уменьшительными суффиксами имён существительных.

Параллельно с минимизацией аддиктивного влечения пациенты начинают воспринимать себя как обладающих достаточной личной силой, способными волевым усилием и без посторонней помощи победить тягу к игре. Помимо минимизации силы и степени влияния осознаваемой тяги к игре на свою жизнь и поведение, пациенты преуменьшают степень опасности аддиктивного влечения и соответствующих фантазмов. Им кажется что, не смотря на тягу к игре, они «не сорвутся» и их воздержанию от азартных игр ничего не угрожает. Более того, они склонны считать свои «победы над тягой», возникновение которой в большинстве случаев сами же и спровоцировали как огромное достижение и прогресс в терапии. Пациенты придумывают своей тяге уменьшительно-ласкательные и эхололические имена, называя свое влечение к игре: «Тягой-шнягой», «Тягушкой», «Жабочкой» и т.д. Таким образом, потенциально опасное срывом влечение превращается в инфантильно-комичное.

Пациенты, воздерживающиеся от участия в азартных играх (или прекратившие употреблять алкоголь или ПАВ), обычно отмечают, что им в их обычной жизни, не хватает впечатлений, чего-то глубинного, особенного. Испытывая дефицит впечатлений, и переживая голод по стимулу, некоторые из них пытаются организовать их себе, впутываясь во всевозможные авантюры (обычно финансовые) и вступая в сомнительные сексуальные связи. Повседневная жизнь пациентов, прекративших играть, порой выглядит весьма хаотично. Испытывая голод и тоску по стимулу, пациенты начинают делать то, что сами они определяют как – «Гонять тягу». То есть активно вызывать в своей памяти прошлые эпизоды игровых и алкогольных эксцессов и загулов, смаковать их, фантазировать и грезить наяву. Иногда, пациенты пытаются спровоцировать других на разговоры об игре, некоторые из них, даже пытаются искушать других сыграть в азартные игры, часто сами, не давая себе в этом отчет. При этом они продолжают считать и воспринимать свою тягу к игре как «слабую»; они полагают, что не переходят границу дозволенного. Они ведут себя подобно тому, как зависимые от алкоголя, «закодировавшись» организуют выпивки, покупают спиртное и разливают его, следят за тем, чтобы темп употребления был высокий, произносят тосты, и т.д. Зачастую с недоумением отмечая наутро следующего дня своеобразное «похмелье», хотя сами они ни капли спиртного не пили.

«Трясет от тяги» – также термин пациентов переживающих пик аддиктивного влечения к игре. Влечение к игре проявляется у пациентов

на поведенческом уровне и может быть замечена окружающими игрока людьми. Говоря другим языком аддиктивное влечение к игре – тождественно импульсивному влечению. Импульсивное влечение в момент его актуализации и реализации переживается пациентами Эго-синтонно и приносит удовольствие, удовлетворение и разрядку, но он Эго-дистонно при воспоминании о нем и часто сопровождается «раскаяньем», но всегда только задним числом. Влечение очевидно для самого пациента, попытки отвлечься, как-то взять себя в руки или тем или иным способом совладать со своим состоянием, как правило, ни к чему не приводят. Если тяга играть «застигла» пациента в неудобное время, когда влечение не возможно реализовать (например, во время рабочего дня), то пациенты пытаются организовать свое время так, чтобы побыстрее оказаться в игорном заведении. Пациенты пребывают в состоянии психомоторного и эмоционального возбуждения. Они многословны, раздражительны, невнимательны, не могут усидеть на месте и отмечают ощущения внутренней дрожи. У них отмечается дефицит внимания и не возможность сосредоточиться на работе, учебе или какой-либо другой продуктивной деятельности. Пациенты как бы периодически «выпадают» из реальности на фоне повышенного, экспансивного или раздражительного (в зависимости от ситуации) настроения. В некоторых случаях можно также говорить о сужении сознания. Способность воспринимать себя и свои мотивы, потребности, риски, прогнозировать и адекватно оценивать свои действия заметно снижается. Раздражение легко возникает, если дела идут не так, как пациент задумал. Если тяга к игре активизировалась в вечернее время, когда пациент уже пришли домой, то он уже не в состоянии заснуть.

Пациенты высоко мотивированы преодолевать препятствия, мешающие им оказаться в игровом заведении. Обычно они лживы и на ходу придумывают самые невероятные, но достаточно убедительные истории, для того чтобы раздобыть деньги и выкроить свободное время для игры. Пациенты активно стремятся выти из под контроля начальства или близких (особенно если такой активный контроль есть). Они отмечают что их «потрясывает» на физическом уровне, голос «садиться», отмечается сухость во рту, тахикардия, тремор кистей рук, неусидчивость, возбуждение и беспокойство. Некоторые пациенты, взглянув на себя в зеркало, отмечают лихорадочный блеск глаз и мидриаз. Часто эти изменения умонастроения, аффекта и поведения бросаются в глаза окружающим игрока людям. Некоторые из них задают вопросы, касающиеся состояния пациента, на что неизменно следует ответ, что с ними, дескать, все в порядке.

Находясь на пике аддиктивного влечения к игре пациенты, активно преодолев сложности, устремляются в игорное заведение. Часто с ними случаются два характерных казуса. Казус первый заключается в том, что они оказываются не в том заведении, в котором первоначально планировали оказаться. У каждого игрока в голове есть список «хороших» и «плохих» игорных заведений. Представление о «хорошести» и «плохости» заведений весьма лично специфичны, зачастую иррациональны и с трудом поддаются идентификации. Определенно они не всегда обусловлены частотой или суммой выигрыша и проигрыша игрока в данном конкретном заведении. Многие игроки говорят что-то мало определенное об «особом духе заведения», «об особой атмосфере», «особом внимательном и чутком отношении персонала» и т.д. Можно сказать так – «хорошее заведение» легче всего порождает в игроке иллюзию иного мира, волшебной, сказочной страны, места, где царит вечная весна и все желания исполняются. Казино – это современный постоянно функционирующий карнавал.

Карнавал, по мнению М. М. Бахтина – это система обрядово-зрелищных и жанровых форм, а также носитель весьма глубокой жизненной философии основными чертами которой он считал универсальность, амбивалентность, неофициальность, утопизм и бесстрашие. Игрок в казино не просто пассивный наблюдатель – он активный участник и главный герой тщательно организованного действия. Казино это место где происходит «мягкое» отклонение от социальных норм и ниспровержение бинарных оппозиций между рациональностью и иррациональностью, наслаждением и долгом, контролем и страстью, экономией и расточительством. М. М. Бахтин писал: «... на карнавальной площади в условиях временного упразднения всех иерархических различий и барьеров между людьми и отмены некоторых норм и запретов обычной, то есть внекарнавальной, жизни создается особый идеально-реальный тип общения между людьми, невозможный в обычной жизни. Это вольный фамильярно-площадной контакт между людьми, не знающий никаких дистанций между ними».

Атмосфера казино сама по себе способствует регрессии, причем эта регрессия происходит, по крайней мере, на трех уровнях:

1. Регрессия к более ранней основной деятельности с точки зрения онтогенеза (имеется в виду последовательность: игра – учеба – работа).
2. Регрессия к более раннему архаическому способу психического функционирования (фантазии всемогущества, магическое мышление).
3. Регрессия к ранним объектам любви и восприятия себя как объек-

та желания Другого («Любимец Фортуны», «Баловень Судьбы», «Везунчик» и т.д.).

Наши пациенты сообщали нам что, стоило им только переступить порог игорного дома и они буквально проваливались в Зазеркалье Алисы. Яркие сверкающие огни вывески для игрока – ворота в другой мир, в котором посетитель с головокружительной легкостью расстается со старым социальным образом себя (муж, жена, бухгалтер, предприниматель и т.д.) и погружается в водоворот страстей, денег, соревнования, азарта, приобретений и потерь. В новую идентичность – идентичность азартного игрока.

Итак, по нашему мнению синдром аддиктивного влечения, с точки зрения динамики психологических защит, состоит из последовательных сменяющих друг друга следующих стадий:

1. Отрицание самого факта аддиктивного влечения, отрицание чувства беспокойства по поводу влечения и отрицание наличия идентичности (части себя «Я – игрок», «Я – наркоман»), стоящей за влечением, по нашему мнению, есть первое звено в этой цепи. Отрицание делает вид, что угрозы здесь нет, благодаря отрицанию тяги зависимый избегает осознания и тем самым уменьшает свою тревогу.

2. Вторым звеном является вытеснение влечения – то есть перевод его в регистр предсознательного недоступного субъективному опыту рефлексии и анализа. Но при этом, вытесненное влечение к игре не исчезает бесследно. Оно шумно заявляет о себе в феноменах «возвращения вытесненного»: в сновидениях пациентов, их оговорках, очитках, ослышках и ошибочных действиях.

3. Третьим звеном является появление влечения к игре (в сознании пациента) в отрицательной форме как «Не тяги», «Тяги нет» или «Что-то давно мне не хотелось играть (выпить)!?». Это звено является компромиссом между осознанием тяги и сильным желанием ее отрицать. Оно сопровождается изменением аффекта – «Тяги нет» переживается пациентами как победа над тягой и игроманией (алкоголизмом), а не как потенциально опасное проявление актуальной активизации у них аддиктивного влечения.

4. Четвертым звеном аддиктивного влечения к азартным играм (или к употреблению ПАВ) является минимизация – приуменьшение пациентами факта и силы влечения к игре, продолжительности и степени опасности этого влечения для них.

5. Пятым звеном является собственно актуализация аддиктивного влечения к игре как всецело охватывающего и овладевающего паци-

ентом. Влечение становится очевидным не только для самого игрока, но и в ряде случаев для окружающих. Импульсивное влечение в момент его актуализации и реализации переживается пациентами Эго-синтонно и приносит удовольствие, удовлетворение и разрядку. Не сопровождается борьбой мотивов и более того является для пациентов желанным и глубоко лично опосредовано. Данное описание полностью соответствует картине импульсивного влечения.

Мы полагаем, аддиктивное влечение у зависимого пациента Эго-синтонно и глубоко лично опосредованно. Аддиктивное влечение стоит «по ту сторону» интеллектуальной переработки, в момент «прорыва импульса» не подлежит сомнению и свободно от критики. Именно азартная игра доставляет аддикту наиболее яркие и сильные эмоции. Постепенно, у некоторых пациентов импульсивное влечение к объекту зависимости или к специфической аддиктивной практике занимает все большее место в их психической жизни. У них теряется интерес к тому, что доставляло удовольствие раньше и наступает оскудение личности в целом. При прогрессирующем течении игровая зависимость вытесняет иные потребности, утяжеляет и заостряет характерологические predispositions. Усиливается противоречивость личности, самооценка становится нестабильной и представленной двумя крайностями «Величие» – «Ничтожество». Эти колебания самооценки напрямую связаны с актом игры и ее результатами: выиграл – проиграл. Уровень притязаний становится неадекватным и аффективно обусловленным. Сексуальная жизнь многих из наблюдаемых нами игроков в процессе формирования зависимости начинала редуцироваться и замещаться игровой активностью. Игровой экстаз вступал в соперничество с естественной формой сексуального удовлетворения и становится для переживающего его индивидуума более ценным в сравнении с удовольствием эротическим [3].

У игроков желание, несмотря ни на что «отыгаться», перестраивает всю психическую жизнь и все объектные отношения. Периоды Эго-дистонных сожалений сокращаются и нивелируются, критичность становится все более формальной и внешней. Все силы и ресурсы зависимых пациентов мобилизуются на обслуживание игровой страсти, что проявляется в высокомотивированном, активном устранении всех препятствий, планировании и целеустремленности [1, 4]. Весь стиль жизни становился посвященным обслуживанию, овладевающему их аддиктивному влечению, шаблонным и стереотипным, сводимым к очень простой схеме: игра – проигрыш – новый денежный заём. Пациенты становятся

готовыми совершать антисоциальные и противоправные действия, для того, чтобы финансировать свое участие в азартных играх. Среди совершенных преступлений (помимо не возврата кредитов) доминировало воровство, подлоги, растраты, и различные мошеннические действия [6]. При возникновении трудностей и проблем, связанных с затруднением реализации аддиктивного влечения (или попыток контроля над ним) у пациентов возникают суицидальные мысли и попытки [6].

Мы считаем, что аддиктивное влечение с точки зрения его возможного механизма реализации относится к импульсивному регистру. Также, по нашему мнению, в его динамике велика роль специфических фантазий (фантазмов) и защитных механизмов личности, действующих в определенной последовательности и по определенным стадиям.

Литература.

1. Автономов Д. А. «Первичное патологическое влечение к игре. Взгляд с феноменологической и метапсихологической точки зрения»//Независимый психиатрический журнал № I. 2009. С. 26–35.

2. Автономов Д. А. «О психоаналитическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр (З. Фрейд, О. Фенихель)»//Независимый психиатрический журнал. № IV. 2009. С. 80–87.

3. Автономов Д. А. «Некоторые клинические взгляды на психосексуальность патологических азартных игроков с позиции психоанализа»//Наркология № I. 2011. С. 82–87.

4. Автономов Д. А. «Исследование обстоятельств приобщения, мотивации и отношения к участию в азартных играх у пациентов на разных этапах формирования зависимости»//Вопросы наркологии № I. 2010. С. 88–96.

5. Автономов Д. А. Беляева О. В., Герасимов Р. В. Плющева О. А. «Вне игры. Сборник материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр»/ – М: РБФ НАН, 2008. – 156.

6. Автономов Д. А. «Исследование суицидальной активности и фактов совершения противоправных действий у пациентов, страдающих от патологической склонности к участию в азартных играх»//Российский психиатрический журнал № 5. 2010. С. 4–9.

7. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю. М.: «Медицина», 1994. – 216 с.

8. Бенедек Т. «Доминантные идеи и их отношение к патологическим пристрастиям»//Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты/Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 7–29.

9. Гловер Э. «Об этиологии наркотической аддикции»//Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты/Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 7–29.

10. Гринсон Ральф Р. Техника и практика психоанализа./Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2003. – 478 с. (Университетское образование)

11. Карвасарский Б. Д. (общая редакция) Психотерапевтическая энциклопедия./СПб.: Питер Ком, 1998.

12. Лапланш Ж., Понталис Ж. Б.; Словарь по психоанализу/Пер. с фр. и предисл. Н.С. Автономовой. 2-е издание перераб. и доп. СПб.: Центр гуманитарных инициатив, 2010. – 751 с.

13. Менделевич В. Д. Влечение как бред как бред//Вопросы наркологии. 2010. № V. С. 95–102.

14. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии//Независимый психиатрический журнал. 2010. № III. С. 94–100.

15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике/Пер. на русск. яз. Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб, Адис. – 1994. – 302 с.

16. Михайлов М. А. Влечение как бред//Вопросы наркологии. 2010. № 4. С. 15–26.

17. Погосов А. В., Мустафетова П. К. Опиинные наркомании: история учения, этнокультуральные аспекты, клиника, лечение/ – М.: Белые альвы, 1998.

18. Психоаналитические термины и понятия: Словарь/Под ред. Борнесса Э. Мура и Бернарда Д. Фаина/Перев, с англ. А. М. Боковинова, И. Б. Гриншпуна, А. Фильца. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 304 с.

19. «Психология и лечение зависимого поведения»./Под редакцией С. Даунинга – М.: Издательская фирма «Класс», 2000. – 240 с.

20. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей./ – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.

21. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа./Пер. с англ. СПб. Восточно-Европейский Институт Психоанализа 1995. – 288 с.

22. Радо Ш. Психические эффекты интоксикантов: попытка развить психоаналитическую теорию патологических пристрастий//Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты/Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 7–29.

23. Радо Ш. Психоанализ фармакотимии (наркотической аддикции)//Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты/Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 73–97.

24. Резник С. Ментальное пространство: Лекции прочитанные в университете Сорбонна. Париж 1987–1988./Под ред. С.Г. Уваровой. Пер. с англ. Киев.: УАП-МГИП 2005. – 160 с.

25. Розенфельд Г. «О наркотической аддикции»//Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты./Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 7–29.

26. Руководство по аддиктологии/Под ред. проф. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.

27. Сиволап Ю.П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств.//Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, 2007; 107 (11): С. 4–6.

28. Уроки французского психоанализа: Десять лет франко-русских клинических коллоквиумов по психоанализу/Пер. с франц. – М.: «Когнито-Центр», 2007. – 560 с.

29. Фенихель О. «Психоаналитическая терапия неврозов». – М.: Академический проект, 2004. – 848 с.

30. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. (ред.) Наркология. Пер. с англ. – М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский Диалект», 1998. – 318 с., ил.

31. Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. – М., «Медпрактика-М», 2002. – 167 с.

32. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM–IV). Washington, DC: APA.

33. Freud S. Negation (1925)//The Freud Reader/Ed. P. Gay. N. Y., L., 1989

34. Lacan J. Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien, Congrès de Royaumont, Écrits, Paris: Seuil, 1966.

35. Musto D.F. The American Disease: Origins of Narcotic Controls (1973) New Haven: Yale Univ. Press.

2.5 Соглашение программы «Вне Игры».

СОГЛАШЕНИЕ

« ____ » _____ 201 г.

Амбулаторная реабилитационная программа «ВНЕ ИГРЫ» в лице ____

И клиента программы (Ф.И.О.) _____

Заключили соглашение о нижеследующем:

I. Программа «Вне игры» предоставляет клиенту:

1. В течение десяти недель – сто двадцать часов групповых занятий, направленных на приобретение навыков, позволяющих успешно преодолевать кризисные ситуации, связанные с проблемой игровой зависимости. И не менее шести часов – выездных занятий на группах самопомощи Анонимных Игроков, которые являются неотъемлемой частью программы реабилитации.

2. Помещение для проведения занятий по адресу ул. Шверника дом 10 А каждый понедельник, среду, пятницу и субботу с 18:30 до 21:00.

3. Выездные занятия осуществляются самостоятельно по адресам нахождения групп самопомощи Анонимных Игроков.

4. Достоверный информационный материал об особенностях игровой зависимости. (Причины, протекание, последствия).

5. Методические материалы, позволяющие самостоятельно вести работу по преодолению проблемы.

6. Квалифицированных специалистов работающих в области игровой зависимости.

7. Методические пособия и расходные материалы для проведения тренинговых занятий и упражнений.

8. Информацию о методах поддержания и развития устойчивой ремиссии.

9. По решению тренерского совета и в случае соответствующего заблаговременного запроса со стороны клиента возможно продление срока реабилитации на дополнительные 48 часов.

II. В период прохождения курса реабилитации в программе «Вне игры» клиент обязуется:

1. Отказаться от употребления любых психоактивных веществ (ПАВ), включая алкоголь.

2. Пройти полный курс реабилитационных занятий в количестве 120 часов без опозданий и пропусков.

3. Выполнять домашние задания по самоанализу, предусмотренные курсом реабилитационной программы в оговоренные сроки.

4. Бережно относиться к учебным материалам, методическим пособиям и имуществу реабилитационного центра, а в случае их порчи по вине клиента, полностью возмещать их стоимость.

5. Воздерживаться от споров по политическим, национальным, религиозным вопросам на занятиях.

6. Отключать и не пользоваться мобильной связью во время занятий.

7. Не просить в долг и не давать займы пациентам программы деньги, драгоценности и ценные вещи.

8. На время прохождения курса реабилитации не вступать деловые, финансовые и сексуальные отношения с другими участниками программы.

9. Предупредить сотрудников программы о принимаемых лекарственных препаратах, назначенных лечащими врачами.

10. Информировать сотрудников программы об игровом срыве или употреблении ПАВ.

11. Предупреждать о своем опоздании сотрудников программы по телефону: 126-04-51

III. Условия расторжения соглашения со стороны реабилитационной программы.

1. Если Вы употребили какое-либо психоактивное вещество, включая алкоголь, Вы отстраняетесь от программы.

2. Сотрудники оставляют за собой право проведения тестового обследования на предмет употребления ПАВ. Отказ от прохождения процедуры расценивается как признание факта употребления, что является нарушением взятых ранее обязательств. Сотрудничество сторон прерывается.

3. Если Вы не пришли на занятия и не предупредили об этом сотрудников программы по телефону 126–04–51 то это становится поводом для обсуждения на группе. Если данный факт повторяется – Вы автоматически отстраняетесь от программы.

4. Если Вы не можете прийти на группу, Вы предупреждаете об этом сотрудников программы лично (желательно за сутки) по телефону 126–04–51. Ваш лимит составляет четыре пропуска за все время прохождения реабилитации. Превысив данный лимит – Вы отстраняетесь от программы.

5. Если у Вас произошел срыв (играли) – расскажите об этом (это важно для Вас). Это становится поводом для обсуждения на группе. Повторный срыв – повод для обсуждения на индивидуальной консультации. Третий – Вы отстраняетесь от программы.

6. В случае выявления неэффективности программы, сотрудники программы оставляют за собой право прервать реабилитационный курс в одностороннем порядке с рекомендациями альтернативных методов лечения.

ВНИМАНИЕ

Реабилитационная программа «Вне игры» предоставляет необходимые средства для успешного выздоровления, но не гарантирует его, так как решающим фактором выздоровления, является Ваше активное участие и включенность в реабилитационные мероприятия. Выздоровление является Вашей личной ответственностью.

ПОМНИТЕ

Вы не виноваты в том, что заболели, но Вы несете ответственность за свое выздоровление.

ВАЖНО

Работа в программе направлена на раскрытие собственных внутренних ресурсов для самостоятельного преодоления возникающих жизненных сложностей, связанных с проблемой игровой зависимости.

Сторонами определена дата начала занятий с _____

Дата окончания занятий и завершение соглашения _____

Подписи сторон:

Представитель программы «ВНЕ ИГРЫ» _____

Клиент _____

Контактные телефоны сторон:

Представитель программы «ВНЕ ИГРЫ» 126-04-51 с 10 до 19 часов кроме воскресенья.

Клиент _____

ПАМЯТКА УЧАСТНИКУ ПРОГРАММЫ.

Уважаемый участник программы! Вы решили пройти процесс реабилитации от игровой зависимости, и это вызывает понимание и уважение! Вам представился уникальный шанс помочь себе. Не секрет, что программы подобного уровня обычно проводят в стационарах и за плату. Вам повезло больше остальных – Вы можете пройти программу

реабилитации в амбулаторном режиме и бесплатно! Мы надеемся, Вы сможете это оценить по достоинству! Однако Вам следует помнить, что Вы несете ответственность за свое выздоровление САМИ! Что же это значит – нести ответственность? Это значит, что Вы должны обладать достаточной мотивацией и желанием, чтоб пройти эту программу! Это вложения не деньгами (хотя на транспорт Вы все же будете тратить деньги), а Вашим временем, упорством, старанием, желанием и душевным трудом! Опыт показывает, что не всем суждено пройти программу с первого раза, а кому-то не суждено и вовсе.

Это зависит только от Вас – насколько сильно Вы хотите выздороветь, насколько невыносимо Вам сегодняшнее положение и насколько велики Ваши потери от игры, чтоб ждать следующих!

Итак, что же это значит – пройти программу и, что значит не пройти ее?

Пройти программу – здесь все легко: Вы входите в программу, подписывая «Соглашение» и соблюдая ее режим и правила, проходите курс за десять недель, после чего Вас торжественно выпускают в жизнь с правом просить о поддержке духа и поддержания уверенности еще какое-то время в каком-либо другом формате. Но оказывается программу можно и не пройти! Как же можно ее не пройти? Один из вариантов – Вам не хватает Вашего желания и мотивации, и Вы сами прекращаете прохождение программы (желательно, оповестив об этом сотрудников).

Другой вариант – это когда сотрудники отстраняют Вас от прохождения программы на некоторое время с правом сделать попытку позже, или предлагают альтернативные варианты помощи.

Возможно, данные правила Вам покажутся жестким. Но это только на первый взгляд. Используйте свой шанс. Не бойтесь. Если у Вас сформировалось устойчивое желание справиться с проблемой, то у Вас все получится. В добрый путь. Желаем Вам сил, веры и надежды на этом пути!

2.6 Бланк выбора цели программы «Вне Игры».

Также нам хотелось узнать одну задачу, которую Вы поставили перед собой в отношении Вашего участия в азартных играх. Пожалуйста, прочтите перечисленные ниже задачи и выберите одну из них, которая точнее соответствует Вашей собственной в данный момент, сделав пометку напротив и внося недостающие сведения на месте пробела, если таковые имеются.

1. Я решил ничего не менять относительно своего участия в азартных играх. _____

2. Я решил уменьшить свое участие в азартных играх. Я хотел бы контролировать частоту игры, время, затрачиваемое на игру и деньги.

Я хотел бы ограничиться не более чем _____ эпизодами игры в месяц, продолжительностью не больше чем _____ часов за раз и чтобы максимальная сумма, выделенная (потраченная) на игру не превышала _____ рублей.

3. Я решил полностью отказаться от участия в азартных играх на некоторое время, после чего я приму новое решение по этому вопросу. Этот период времени для меня составляет _____ недель.

4. Я решил бросить играть в азартные игры раз и навсегда, хотя понимаю, что когда-нибудь не смогу сдержаться и разок сыграю.

5. Я решил прекратить играть раз и навсегда, и буду перекладывать все свои силы, чтобы полностью воздерживаться от игры до конца своей жизни. _____

6. Ни одно из этих утверждений мне не подходит. Моя цель в том чтобы: _____

2.7 Анкета программы «Вне Игры».

Обращение в реабилитационную программу «Вне игры» первичное/повторное.

Ф. И. О. (можно вымышленное) _____

— Пол _____ Год рождения _____ Контактный телефон _____

Образование _____ Специальность _____

В _____ настоящий момент Вы _____ работаете/учитесь?

Общий стаж игры _____ Периодичность за последний год _____

Почему Вы начали играть? _____

Ради чего Вы играете сейчас? _____

Основные виды игры: рулетка, автоматы, компьютер, карты, другое _____

Где: игровой зал, дома, казино, другое _____

Когда Вы осознали проблему? _____

Почему Вы обратились за помощью только сейчас? _____

Что явилось для Вас «последней каплей»? _____

Как Вы сейчас оцениваете свою жизненную ситуацию? _____

Напишите, что больше всего Вас беспокоит на настоящий момент? _____

Напишите, какие чувства, мысли, или переживания Вас больше всего тревожат? _____

Употребляли ли Вы когда-либо в своей жизни алкогольные напитки и/или психоактивные вещества (ПАВ) (если «да», то какие, что)? _____

С какого возраста? _____ Как часто? _____

В каких количествах? _____

Употребляли ли Вы алкоголь и/или ПАВ в течение последнего года? ___

Если «нет», то есть какие-либо особые причины, по которым Вы не употребляете алкоголь и/или ПАВ? _____

Возникала ли у кого-либо в Вашей семье (как в нынешней, так и в родительской), проблема алкоголизма или зависимости от ПАВ? _____

Если «Да» то напишите у кого. _____

Возникала ли у Вас, когда ни будь проблема алкоголизма или зависимости от психоактивных веществ? _____

Пытались ли Вы сократить количество принимаемого алкоголя (ПАВ)? _____

Испытываете ли Вы раздражение, когда кто-либо критикует вас за пьянство и/или употребление психоактивных веществ? _____

Испытываете ли Вы чувство вины в связи с выпивкой (употреблением)? _____

Приходилось ли Вам начинать утро с приема алкоголя и/или психоактивного вещества с целью привести себя в норму? _____

Лечились ли Вы, от какой либо зависимости и/или от какого-либо психического заболевания? (если «да» то от какой, когда, где и сколько раз) _____

Каковы были результаты лечения? _____

Когда Вы употребляли ПАВ, в том числе алкоголь в последний раз? ___

Думали ли Вы о самоубийстве в связи с азартной игрой? _____

Совершали ли Вы суицидальные попытки из-за проблем с азартной игрой? _____

Если «нет» то, что Вас остановило? _____

Если «да», то когда, сколько раз и каким способом? _____

Каковы были последствия Ваших действий? _____

Что помогло Вам остаться в живых? _____

Совершали ли Вы когда-либо противозаконные действия (растраты, подлоги, воровство, мошенничество и.т.д.) с целью найти деньги для финансирования игры? _____

Если «да» то сколько раз за последний год? _____

Совершали ли Вы когда-либо противозаконные действия, чтобы расчитаться с долгами, возникшими из-за игры? _____

Если «да» то сколько раз за последний год? _____

Были ли Вы арестованы за нарушение закона? _____

Подвергались ли Вы криминальному преследованию? _____

Каков Ваш социальный статус в настоящее время?

Работа: есть – нет. Семья: есть – нет. Семейное положение: женат/замужем, холост, разведен/разведена, гражданский брак, живу один/одна, прочие _____

Долговые обязательства, денежные займы, кредиты и т.д.: есть – нет

Как Вы узнали о программе? _____

Какова цель Вашего прихода в программу «Вне игры»? _____

Напишите, как Вы думаете, чем программа сможет вам помочь? _____

По каким признакам Вы поймете, что Вам становится лучше? _____

Дата поступления _____ 201 г.

Дата выписки _____ 201 г.

Раздел V.

Программа реабилитации «Качество Жизни» для лиц с проблемным употреблением алкоголя.

Автономов Д.А.

Программа «Качество Жизни» является амбулаторной информационно-просветительской, реабилитационно-профилактической и психокоррекционной программой для помощи лицам, обратившимся по поводу употребления алкоголя с вредными последствиями (злоупотребления алкоголем).

Глава 1. Введение.

Актуальность проблемы. Употребление алкоголя давно стало частью повседневной жизни и так, по-видимому, будет и в будущем. Всемирная Организация Здравоохранения установила, что употребление алкоголя является третьим по значимости фактором риска развития болезней и избыточной смертности. Основные причины избыточной смертности включают заболевания печени, сердечно-сосудистые заболевания, тяжелые инфекции дыхательных путей (включая аспирационную пневмонию), рак верхних дыхательных путей и органов пищеварительной системы, самоубийство и насилие. [15]. В многочисленных эпидемиологических исследованиях была продемонстрирована связь между хроническим тяжелым злоупотреблением алкоголем и поведенческими нарушениями, числом автокатастроф, травмами, эпизодами утопления и т. д.

Существует прямая дозозависимая взаимосвязь между уровнем потребления алкоголя и риском развития сопутствующих заболеваний, включая заболевания печени, сердечно-сосудистой системы, опухолевые образования, суициды и эпизоды домашнего насилия. Злоупотребление алкоголем является основной чертой алкогольной зависимости и имеет как клиническую значимость, так и высокую приоритетность в качестве проблемы для здравоохранения. Среди различных поведенческих критериев, связанных с употреблением алкоголя, тяжелое злоупотребление наиболее тесно связано с негативными последствиями, такими как небезопасное вождение, межличностные конфликты и травмы.⁸⁶ Таким образом, злоупотребление алкоголем связано с риском возникновения

⁸⁶ Greenfield T. K. Evaluating competing models of alcohol-related harm/T. K. Greenfield//Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1998. Vol. 22 (Suppl. 2).

вредных последствий, как для отдельного индивидуума, так и общества в целом. Зависимость от алкоголя дает существенную нагрузку для здравоохранения и также генерирует издержки, связанные с медицинским уходом, общественным порядком и деятельностью на рабочих местах, и, таким образом, оказывает негативное воздействие на общественное благополучие и экономическое развитие в целом. Потребление алкоголя с вредными последствиями и риском вредных последствий – это ключевой фактор и одна из основных причин преждевременной смертности и предотвратимых заболеваний [13].

Программа «Качество Жизни» направлена на профилактику потребления алкоголя с вредными последствиями и риском вредных последствий, а также предназначена для распространения информации о моделях ответственного поведения при потреблении алкоголя. Это может оказать благоприятное действие и на отдельных лиц, и на их семьи, и также снизит возможные социальные издержки для общества в целом [13].

Для кого предназначена реабилитационная программа «Качество Жизни»?

В МКБ-10 указаны два основных диагноза для проблем, вызванных употреблением алкоголя:

- Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя (F10.1)
- Синдром алкогольной зависимости (F10.2)

Алкогольная зависимость характеризуется нарушением контроля над приемом спиртного, пристрастием к алкоголю, потреблением алкоголя, несмотря на отрицательные последствия, и искажением мышления, проявляющимся в отрицании проблемы.⁸⁷ Диагноз «Синдром алкогольной зависимости» исключает диагноз «Пагубного употребления алкоголя». Ключевые признаки алкогольной зависимости и употребления с вредными последствиями (приведено с сокращением).

К ключевым признакам алкогольной зависимости по МКБ-10 относятся:

- компульсивное влечение к алкоголю;
- нарушение способности контролировать употребление алкоголя;
- физиологические симптомы отмены;
- возрастающее потребление как следствие развития толерантности;
- озабоченность употреблением алкоголя в ущерб другим занятиям;
- увеличивается время бездействия из-за состояния похмелья;

⁸⁷ Определение алкогольной зависимости. Объединенный комитет Национального совета по проблемам алкоголизма и наркотической зависимости. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/150130621>. 06.2012

- игнорирование очевидных фактов, свидетельствующих о том, что чрезмерное употребление приводит к вредным последствиям.

Употребление с вредными последствиями:

- Употребление с вредными последствиями диагностируется в том случае, если есть данные о том, что алкоголь наносит ущерб психическому или физическому здоровью индивида и при этом отсутствуют критерии алкогольной зависимости.⁸⁸

Существует множество биологических, социальных, медицинских и психологических факторов, которые вступают в игру, когда речь заходит о возможном риске формирования алкогольной зависимости. Например, таких как:

- Доступность алкоголя.
- Давление сверстников.
- Количество и сила переживаемого человеком стресса и индивидуальной способности ему противостоять.
- Наличие не диагностированного (и не вылеченного) психического расстройства, например, такого как депрессия или тревожное расстройство.
- Низкая самооценка.
- Проблемы в отношениях с другими людьми.
- Проживание в среде, в которой практика употребления алкоголя является общепринятой.

Наличие семейной истории алкоголизма является знаком того, что субъекту следует быть очень осторожным и ограничить свое потребление алкоголя или вовсе не употреблять алкоголь, но этот фактор сам по себе не означает, что если такой человек будет выпивать, то он автоматически станет алкоголиком.

Люди, у которых развивается зависимость или имеется пагубное потребление алкоголя часто:

- Продолжают пить, даже тогда, когда есть проблемы со здоровьем, работой, или отношениями.
- Выпивают в одиночку.
- Становятся непредсказуемыми в своем поведении, выпив некоторое количество алкоголя.
- Становятся враждебными, когда окружающие спрашивают об их модели выпивки, или выражают свою тревогу из-за их пьянства.

⁸⁸ Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике/Пер. на русск. яз. Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб, Адис. – 1994. – 302 с.

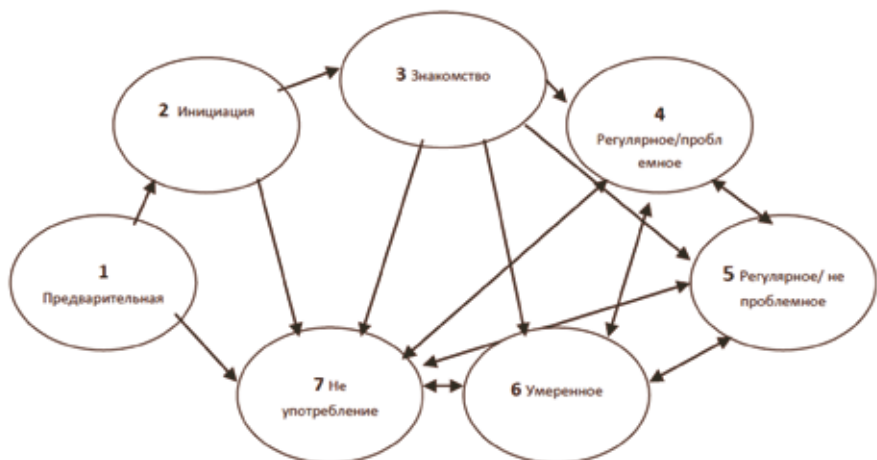
- Становятся не в состоянии контролировать выпивку – будучи не в состоянии полностью прекратить пить или существенно сократить потребление алкоголя.
- Находят оправдания, чтобы пить.
- Пропускают работу или в учебу, или снижают производительность труда из-за выпивки.
- Теряют интерес к тому, что не связано с выпивкой.
- Пренебрегают едой или едят плохо.
- Игнорируют то, как они выглядят и/или одеваются.
- Стараются скрыть употребление алкоголя от других людей.
- Выпивают утром или в первой половине дня.
- Прячут спиртное, делают запасы.
- Испытывают чувство вины или стыда из-за пьянства, но все равно продолжают пить.

Симптомы сформированной алкогольной зависимости включают в себя:

- Потеря контроля над дозой.
- Провалы в памяти после того, как начали пить.
- Рост толерантности.
- Симптомы похмелья.
- Опохмеление, чтобы снять симптомы абстиненции.
- Появление связанных с алкоголем заболеваний, такие как алкогольная болезнь печени, алкогольный панкреатит, миокардиопатия и т. д.

Естественное течение алкогольной (как впрочем, и любой другой) зависимости динамично и изменчиво. Оно не является линейным. Обычно, у пациентов бывают периоды тяжелого злоупотребления алкоголем, которые переходят в периоды низкого потребления и даже полного воздержания. Проблемное употребление сменяется менее проблемным и наоборот. А. Саранг et al. в своем исследовании, на примере наркопотребителей представила схему возможных стадий употребления. Несомненным достоинством данного подхода представленного в схеме является демонстрация возможностей перехода от одной стадии к другой под влиянием различных факторов, внешних обстоятельств, окружения и внутренней установки человека. В разные промежутки времени у субъекта могут складываться разные взаимоотношения с алкоголем – некоторые люди могут пройти через все стадии и не один раз, кто-то может пропустить одну, несколько или большинство из них. Также важно отметить то, что описанные стадии, носят условный характер и между

ними нет четких границ.⁸⁹



Зачастую после проведенного лечения или спонтанной ремиссии и достижения абстиненции у части пациентов наблюдается возвращение к употреблению алкоголя. Во время периодов употребления алкоголя у некоторых пациентов могут сохраняться стабильные уровни тяжелого злоупотребления, а у других пациентов уровень злоупотребления может снижаться с течением времени.

Снижение уровня потребления алкоголя соответствует широко известной психосоциальной модели изменений, которая подразумевает, что естественный ход выздоровления не бинарен (т.е. не основан на принципе «все или ничего»), но чаще включает многочисленные периоды употребления алкоголя (на различных уровнях) на фоне развивающегося осознания и попыток справиться с нездоровым поведением с течением времени. У клиентов злоупотребляющих алкоголем и у лиц с сформировавшейся от него зависимостью периодически возникает естественное желание отказаться от употребления на какое-то время или сократить употребление алкоголя. Программа «Качество Жизни» предназначена для того, чтобы помочь клиентам изменить привычную модель потребления алкоголя. Условие участия клиентов в программе реабилитации «Качество Жизни» – желание изменить проблемное потребление алкоголя, что снизит вредные последствия для самого субъекта, так и для его окружающих.

⁸⁹ А. Саранг, Л. Рыбакова, В. Пелипас, Н. Боброва. Модели употребления наркотиков, механизмы контроля и регулирования. Режим доступа: <http://rylkov-fond.org/files/2012/08/models-of-drug-use-RUS.pdf> 21.06.2012

Программа «Качество Жизни» предназначена для лиц, как имеющих формальный диагноз, так и не имеющих такового. Не состоящих на диспансерном или профилактическом учете в НД или ПНД старше 18 лет. Не имеющих коморбидной психической патологии. Заключивших соглашение с программой реабилитации «Качество Жизни» и прошедших предварительное психологическое тестирование.

Участие в программе поможет повысить качество жизни, обучиться адаптивным навыкам решения проблем и увеличить количество трезвых дней в году. Полная абстиненция подразумевает подход «все или ничего», это категорический, окончательный критерий, представляющий собой самый безопасный исход терапии у пациентов с точки зрения специалистов. Однако в реальной жизни пациентам с алкогольной зависимостью бывает трудно решиться на полное воздержание от алкоголя. По этой причине программа «Качество Жизни» не требует для пациента полного и немедленного отказа от употребления алкоголя – отказ от употребления алкоголя или его значительное сокращение представляется как цель, и возможный благоприятный результат участия в программе реабилитации.

1.1 Цели и задачи реабилитационной программы «Качество Жизни».

А. Относительно проблемного употребления алкоголя (качественно-количественные задачи):

- Увеличение количества трезвых дней в году.
- Уменьшение частоты употребления алкоголя (снижение интенсивности употребления).
- Сокращение обычных дневных (разовых) доз потребления алкоголя.
- Уменьшение симптомов зависимости.
- Изменение типичных (опасных) паттернов употребления алкоголя (употребление в утренние часы, «опохмеление», «отсроченное опохмеление», «сдвоенные дни» пьянства и т. д.).
- Уменьшение риска развития медицинских последствий.

Представления о линейном процессе выздоровления не подтверждаются клинической практикой. Согласно статистике от 40 до 85% прошедших лечение больных возобновляют употребление в течение первого года после лечения [16, 18].

Профессор А. Ю. Егоров пишет: «В отечественной наркологии с самого начала существовало противоречие между признанием хронического рецидивирующего характера наркологического заболевания и преобладанием попыток его лечения по моделям терапии остро-

го состояния. Трудно понять каким образом сочетаются указание на принципиальное отсутствие возможности выздоровления с одновременной оценкой эффективности лечения, ориентированной на полный отказ от употребления...» Далее: «При этом отказ от любого потребления ПАВ одновременно является и условием проведения лечения, и целью данного лечения. Практика, когда больные, замеченные в употреблении ПАВ, исключаются из лечебных и реабилитационных программ, является общепринятой. Таким образом, проявление самой болезни может служить поводом для отказа в лечении. Парадоксальность такой ситуации, существующей только в наркологии, проистекает, по нашему мнению, из-за моралистских установок нулевой толерантности» [2,3].

Между тем, согласно Этическому кодексу российского врача (Кодекс врачебной этики РФ, утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994; одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.):

- ст. 4. Врач не вправе навязывать пациенту свои философские, религиозные и политические взгляды. Личные предубеждения врача и иные непрофессиональные мотивы не должны оказывать воздействия на диагностику и лечение.
- Ст. 8. Врач должен уважать честь и достоинство пациента... При возникновении конфликта интересов пациент-общество, пациент-семья и т. п. врач обязан отдавать предпочтение интересам пациента... [14].

В обзоре семи исследований, проводимых в разных центрах США и Европы и охватывающих свыше восьми тысяч индивидов, обращающихся за медицинской помощью, приводятся следующие данные. За 2001 год общая смертность составила около 1,5% (по данным наблюдения в течение года). Клиенты сообщали о сокращении потребления алкоголя на 87%, при этом «трезвые» дни составили 80%. В целом 24% полностью воздерживались от употребления алкоголя в течение всего года наблюдения, примерно столько же вернулись к контролируемому – не приводящему к проблемам – употреблению алкоголя. Эти данные были подтверждены доверенными лицами (часто это были супруги клиентов). Большинство срывов происходили в первые три месяца [18].

Терапевтические ремиссии в 2008 году в РФ: только у 13,4% лечившихся от алкоголизма была годовая ремиссия; сняты с диспансерного учета в связи ремиссией больше 3-х лет всего 3% больных [1].

По оценкам Vaillant (1983), в США в общей популяции ежегодно 2–3% индивидов с алкогольной зависимостью самостоятельно воздерживают-

ся от употребления спиртного [24]. Искренность желания лечиться (чтобы стать трезвым) присутствует лишь у 15–20% пациентов, страдающих алкогольной зависимостью.⁹⁰

Рецидивы бывают даже у тех, кто проходит лечение надлежащего уровня и добросовестно нацелен на результат. У многих людей одной только силы воли может оказаться недостаточно. Более того, рецидив является почти закономерным этапом процесса выздоровления. Срыв должен ассоциироваться у клиента не с неудачей, а с необходимостью продолжения лечения [4]. Следует отметить, что лишь половина пациентов с другими хроническими заболеваниями (например, артериальная гипертензия или сахарный диабет) полностью придерживаются схемы лечения.

Традиционные симптоматические критерии, принятые в отечественной наркологии предполагают дихотомическую оценку результатов катамнеза в терминах «рецидив – ремиссия». Подобный подход не учитывает возможности спонтанного возврата в ремиссию после произошедшего рецидива в течение катамнестического наблюдения, а также вариантов течения с редукцией симптоматики до одного – двух признаков зависимости без восстановления прежних характеристик состояния [4]. Поэтому оценка эффективности терапии зависимых исключительно по критерием прекращения употребления алкоголя явно недостаточна [23].

Оценка результатов, основанная лишь на воздержании от алкоголя, не отражает всего многообразия содержательных характеристик состояния пациента и его потребностей. Важным является повышение качества жизни пациентов. Всемирная Организация Здравоохранения определяет качество жизни как: «Восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [5].

Б. Повышение качества жизни включает в себя:

- Повышение самооценки и самоуважения.
- Развитие навыков совладания со стрессом, решения проблем.
- Улучшение межличностных взаимоотношений и отношений в семье.
- Улучшение социального/профессионального функционирования.
- Снижение риска совершения противоправных действий, рискованных поступков, насилия в семье, угрозы суицидального риска.
- Улучшение показателей соматического здоровья.

⁹⁰ Miller W, Rollnick S Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior. 2002, 2nd edition, Guilford, New York

Отказ от злоупотребления алкоголем приводит к улучшению показателей здоровья, социального и межличностного функционирования. Существует и обратная зависимость – улучшение показателей здоровья и межличностных отношений повышает самооценку и самоуважение и становится предпосылкой формирования ремиссии. Другими словами, улучшение социального функционирования выступает не только клиническим, но и прогностическим показателем положительной динамики [4].

Для оценки качества жизни конкретного человека используются 2 критерия: объективный (показатели физического здоровья) и субъективный (оценка самим человеком своего благополучия). Собственно, введение в медицине понятия «качество жизни» и имеет смысл, исходя из акцента в нем на субъективной составляющей, в то время как объективный компонент традиционно называется «здоровьем».

Итак, основная цель любого лечебного, психотерапевтического вмешательства – улучшить качество жизни. Во временном параметре качество жизни оценивается:

1. Что есть на данный момент.
2. Что будет после лечения.

1.2 Учет ожиданий клиентов.

Гуманистический подход предполагает отказ от предубеждений, морализаторства, уважение свободы и автономии клиента. Признавая, что в большинстве случаев полное воздержание является наилучшим решением, специалист, тем не менее, не должен отказывать в помощи тем лицам, которые в настоящий момент не могут или не хотят полностью отказываться от употребления алкоголя. В таких случаях задача специалиста совместно с клиентом помочь ему разработать специфические стратегии сокращения употребления алкоголя и уменьшения вредных последствий в результате его потребления.

Специалист может рекомендовать клиенту сократить употребление алкоголя до умеренного и безопасного уровня. В этом месте полезно задать вопросом: Что такое «умеренное» потребление? И каковы безопасные дозы употребляемого алкоголя?

Национальный институт по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму (США) приводит следующие значения. Для мужчин не более 4-х порций за одну выпивку (день выпивки) и не более 14 порций алкогольных напитков в неделю. Для женщин не более 3-х порций за одну выпивку

(день выпивки) и не более 7 порций алкогольных напитков в неделю.⁹¹ Для тех и других: рекомендация пить алкогольные напитки не чаще чем 4 дня в неделю (то есть должно быть не менее 3 «трезвых» дня). Одна порция алкоголя равна приблизительно 10 граммам спирта. В США жидкая унция приравнивается к 30 мл. То есть порция алкоголя равна примерно двенадцати унций (5% алкоголя) пива, 5 унций столового вина (140 мл. 12%), или 1,5 унции крепких напитков (44 мл 40%). Помимо этого следует воздерживаться от употребления алкоголя даже в умеренных количествах в случае:

- Вождения автомобиля или работы с техникой.
- Приема лекарств, которые взаимодействуют с алкоголем.
- Наличия медицинских противопоказаний.
- Беременности или в случае попыток забеременеть.

То сколько человек пьет, может напрямую повлиять на шансы стать зависимым. Подвержены риску развития алкоголизма:

- Мужчины, выпивающие 15 или более порций алкоголя в неделю.
- Женщины, которые выпивают 12 и более порций алкоголя в неделю.
- Любой, кто имеет пять или более порций алкоголя в случае крайней мере, один раз в неделю.

Возвращение к контролируемому употреблению алкоголя возможно [18, 19, 24]. Контролируемое употребление алкоголя может быть альтернативой для молодых, социально адаптированных пьяниц с коротким, менее тяжелым потреблением в анамнезе (например, потребление алкоголя менее четырех порций в день с нормальными биохимическими показателями функций печени). Убеждение индивида в том, что контролируемое употребление представляет собой достижимую цель, является хорошим прогностическим фактором [18]. Большинство авторов согласны с тем, что контролируемое употребление алкоголя нельзя рекомендовать лицам с тяжелой зависимостью или с долговременными проблемами, связанными с алкоголем [21].

У пациентов с алкогольной зависимостью существует целый ряд возможных целей терапии, и терапия не должна ограничиваться только теми пациентами, которые готовы к полному воздержанию от употребления алкоголя. Пациенты, испытывающие потребность в лечении алкоголизма, на момент начала терапии могут иметь разные степени готовности:

1. пациенты, не готовые к абстиненции;
2. пациенты, не способные достичь начальной абстиненции;

⁹¹ Умеренное потребление алкоголя. Национальный институт по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму. Режим доступа: <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>

3. пациенты, готовые, желающие и способные достичь абстиненции.

Успех терапии необязательно основан на единственном категорическом исходе (т.е. абстиненции), он представляет собой непрерывный процесс, причем он протекает по-разному, в зависимости от природы заболевания и готовности к излечению пациентов с алкогольной зависимостью. Пациенты, пока не готовые или не способные к достижению полной абстиненции, могут снизить количество потребляемого алкоголя и таким образом двигаться к достижению конечной цели – полному воздержанию от алкоголя. У пациентов, уже достигших абстиненции, целью может являться продление периода абстиненции (и снижение уровня злоупотребления алкоголем в случае, если пациент продолжает выпивать).

Во всем мире все больше поддержки получает мнение о том, что оптимальный подход к лечению пациента с алкогольной зависимостью включает готовность к терапии и соответствующую адаптацию режима терапии, изменяя ее с течением времени. Данная модель с успехом применялась и при других заболеваниях, связанных с установлением контроля над поведенческими характеристиками. Например, лечение гиперхолестеринемии препаратами, снижающими уровень холестерина, не прекращается на том основании, что пациенты не могут поддерживать жесткие ограничения диеты. Напротив, современная медицина пытается найти достаточное фармакологическое обоснование для облегчения состояния при болезнях сердца, диабете, на фоне информирования пациента о необходимости достижения максимального поведенческого контроля над заболеванием.

Данный подход является реалистичным, прагматичным и учитывает интересы клиента. В клиническом руководстве опубликованном Национальным институтом по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму (США) указывается: «... Самой безопасной целью является абстиненция, которая будет являться обычной клинической рекомендацией. Однако оптимальный подход – определение индивидуальных целей для каждого пациента. Некоторые пациенты могут быть не готовы к полному воздержанию от алкоголя в качестве цели, особенно в начале терапии. Если пациент с алкогольной зависимостью согласен значительно снизить уровень потребления алкоголя, будет лучше включить его в процесс терапии, определив данную цель, при этом, продолжая указывать на то, что оптимальным исходом остается абстиненция».⁹²

⁹² National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: A clinician's guide. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005 Edition).

У части клиентов с длительной историей алкогольных проблем и тяжелой степенью (формой) зависимости есть надежда (иллюзия) возвращения к контролируемому употреблению алкоголя. По данным зарубежных исследователей возврат к контролируемому употреблению возможен лишь у части пациентов. Участие в программе, ориентированной на сокращение употребления, может заинтересовать таких (не мотивированных на полный отказ от употребления) клиентов и послужить для них своеобразным «входным билетом» в реабилитационное пространство и реабилитационную субкультуру.

Крах попыток контролировать (снизить) употребление алкоголя, несмотря на прохождение программы, «тренировку силы воли» и все предпринимаемые усилия, может навести таких пациентов на идею о необходимости полного отказа от употребления и даст возможность переосмыслить свои взгляды. Расставание с иллюзией контроля может побудить пациентов искать помощь в группах самопомощи «12-шагов», ориентированных на признание бессилия, и реабилитационных программах, требующих полного воздержания от алкоголя в процессе их прохождения («Спасательный Круг», «Решение Плюс» и т. д.).

Если в результате прохождения реабилитации в программе «Качество Жизни» клиент сможет достигнуть поставленных перед собой задач – увеличение количества трезвых дней в году и уменьшение частоты употребления алкоголя, то опыт получения помощи и участия в реабилитационной субкультуре может способствовать мотивации на дальнейшее изменение в будущем.

Ведь мотивационный подход основан на представлении о том, что человек начинает стремиться к изменению только тогда, когда субъективно измеряемые затраты, связанные с определенным типом поведения перевешивают субъективно воспринимаемые выгоды от его реализации.

1.3 Реабилитационные цели, задачи и инструменты реализации.

Целью специалиста является помощь пациентам в достижении по возможности полной или неполной ремиссии (в соответствии с критериями DSM-IV неполной ремиссией (partial remission) принято обозначать состояние при котором, по крайней мере, один из признаков зависимости или злоупотребления проявляется периодически или постоянно в течение периода ремиссии).

Всем пациентам, согласившимся принять участие в амбулаторной реабилитационной программе «Качество Жизни» будет предложен для заполнения опросник, проливающий свет на осознаваемую мотивацию и задачу (цель), которую ставит перед собой пациент, приступая к реабилитации [7].

«Нам хотелось узнать одну задачу, которую Вы поставили перед собой в отношении Вашего употребления алкоголя. Пожалуйста, прочтите перечисленные ниже задачи и выберите одну из них, которая точнее соответствует Вашей собственной в данный момент, сделав пометку напротив и внося недостающие сведения на месте пробела, если таковые имеются».

1. Я решил ничего не менять относительно своей привычки употребления алкоголя (я хочу оставить все как есть). _____

2. Я решил уменьшить употребление мной алкоголя и выпивать не больше определенной дозы – контролировать, как часто и сколько я выпиваю. Я хотел бы ограничиться не более чем _____ порциями (максимальная доза), не чаще чем один раз _____ (период времени).

3. Я решил полностью отказаться от употребления алкоголя на некоторое время, после чего я приму новое решение по этому вопросу. Этот период времени для меня составляет _____ недель (дней).

4. Я решил бросить пить раз и навсегда, хотя понимаю, что когда-нибудь не смогу сдержаться и разок напьюсь. _____

5. Я решил прекратить пить раз и навсегда, и буду прикладывать все свои силы, чтобы полностью воздерживаться от алкоголя до конца своей жизни. _____

6. Ни одно из этих утверждений мне не подходит. Моя цель в том чтобы _____

Этапы мотивационной и когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с алкогольными проблемами:

1. Формирование устойчивого лечебного альянса и сотрудничества психолога и клиента. Эмоциональное принятие и контейнирование негативных эмоций.

2. Помощь в осознании проблемного поведения, формирование мотивации на лечение, преодоление пессимизма и безнадежности.

3. Вмешательства, направленные исключительно или в первую очередь на уменьшение/сокращение или полное прекращение потребления алкоголя.

4. Формы комплексной терапии, направленные на то, чтобы наряду с изменением привычки к потреблению алкоголя достичь перемен в других сферах жизни. Активизация клиента, преодоление пассивности и регрессии. Вовлечение окружения пациента в лечебный процесс.

Есть доказательства, что психотерапевтические методы, непосредственно направленные на поведение (поведенческие аспекты зависимости) являются одними из наиболее эффективных [7, 9, 18]. Поведенческая те-

рапия намного эффективнее, чем терапия, направленная на осознание (инсайт) глубинных проблем, лежащих в основе зависимости [9]. Основное положение когнитивно-поведенческой психотерапии состоит в том, что «мы чувствуем то, что мы думаем». Это – не события заставляют нас ощущать то, что мы чувствуем, а образ наших мыслей по поводу событий определяет наши чувства. Этот метод психотерапии предполагает, что алкоголизм является дезадаптивной привычкой, а не чисто физиологической реакцией на алкоголь [9]. Употребление алкоголя становится средством, позволяющим совладать с трудными ситуациями, избавиться от неприятных эмоций и от давления со стороны членов своего круга. Поэтому пациентов обучают навыкам, необходимым для того, чтобы справляться с этими ситуациями высокого риска (Carroll & Schottenfeld, 1997). Основой терапии является поведенческий анализ – выяснение где, когда, в какое время, с кем, при каких обстоятельствах усиливается патологическое влечение к алкоголю (Ermann M., 1974) [9]. Терапевтическая цель – помочь клиентам осознавать ситуации повышенного риска, научиться избегать их, либо конструктивно справляться с ними.

Когнитивная модель срыва [9]:



Профилактика рецидивов и специфические интервенционные стратегии (по Marlatt & Gordon, 1985).⁹³



Марлатт и Гордон (Marlatt & Gordon, 1985) исходили из того, что каждому рецидиву предшествует ряд когнитивных, эмоциональных и моторных предпосылок. В соответствии с их моделью ситуация риска, для которой не имеется адекватной стратегии совладания, ведет к пониженной оценке самооффективности, в смысле Бандуры, и одновременно к позитивным ожиданиям относительно приема психоактивных веществ (алкоголя). Все это повышает вероятность того, что вновь начнется употребление веществ и появится обусловленный этим синдром неудавшейся попытки воздержания, после чего всегда много труднее, чем первый раз, возобновить лечение.

Цели и задачи когнитивно-поведенческой терапии [7]:

1. осознать влияние мыслей на эмоции и поведение;
2. научиться выявлять негативные автоматические мысли и наблюдать за ними;
3. исследовать негативные автоматические мысли и аргументы, их поддерживающие и опровергающие («за» и «против»);
4. заменить ошибочные когниции на более рациональные мысли;
5. обнаружить и изменить дезадаптивные убеждения, формирующие благоприятную почву для возникновения когнитивных ошибок.

⁹³М. Перре, У. Бауман. Клиническая психология. – СПб.: Изд-во «Питер», 2006. С. 1312

Ключевые понятия когнитивно-поведенческой терапии:

1. Когнитивные схемы. Это когнитивные образования, организующие опыт и поведение, это система убеждений, глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию. Схемы могут быть:

- адаптивными/неадаптивными;
- позитивными/негативными;
- идиосинкразическими/универсальными.

2. Автоматические мысли. Основные характеристики автоматических мыслей:

- Рефлекторность.
- Свернутость и сжатость.
- Неподвластность сознательному контролю.
- Быстротечность.
- Персевераторность и стереотипность.

Автоматические мысли не являются следствием размышлений или рассуждений, субъективно они воспринимаются обоснованными, даже если они представляются окружающими нелепыми или противоречат очевидным фактам.

3. Когнитивные ошибки. Это сверхвалентные и аффективно-заряженные схемы непосредственно вызывающие когнитивные искажения. Они характерны для всех психопатологических синдромов. Виды:

- Произвольные умозаключения – извлечение выводов в отсутствие подтверждающих фактов или даже при наличии фактов, противоречащих заключению.
- Сверхобобщение – умозаключения, основанные на единичном эпизоде, с последующей их генерализацией.
- Избирательное абстрагирование – фокусирование внимания индивида на каких-либо деталях ситуации с игнорированием всех остальных ее особенностей.
- Преувеличение и преуменьшение – противоположные оценки самого себя, ситуаций и событий. Субъект преувеличивает сложность ситуации, одновременно приуменьшая свои возможности с ней справиться.
- Персонализация – отношение индивида к внешним событиям, как имеющим к нему отношение, когда этого нет на самом деле.
- Дихотомичное мышление («чёрно-белое» мышление или максимализм) – причисление себя или какого-либо события к одному из двух полюсов, положительному или отрицательному (в абсолютных оценках).

4. Когнитивные содержания соответствуют тому или иному виду психопатологии.

1.4 Методы и техники психотерапии.

Методы и техники психотерапии, применяемые специалистами в программе «Качество Жизни»:

1. *Подход, направленный на подкрепление отказа от употребления алкоголя.*

Методы и техники:

- Мотивационная консультирование и терапия.

Концепция мотивационного консультирования была разработана W. Miller. Мотивационное консультирование было проверено на практике и доказало свою эффективность по сравнению с традиционным подходом, который базируется на информировании пациентов о неблагоприятных последствиях, которое несет их зависимое поведение и о преимуществе здорового, независимого образа жизни. Подобная тактика, обычно, лишь усиливает сопротивление у клиентов, побуждая их спорить с психологом или врачом и приводить контраргументы, причем не обязательно вслух. Чаще происходит как в известной басне Крылова: «А Васька слушает, да ест».

Задача мотивационного интервьюирования – усилить собственные внутренние механизмы, побуждающие к изменению. Психолог стремится понять чувства и взгляды клиента, не осуждая, не критикуя, не обвиняя. Посредством искусного, вдумчивого выслушивания психолог проясняет и принимает чувства и взгляды клиента, хотя не обязательно соглашается с его точкой зрения или одобряет ее. Амбивалентное отношение к изменению считается нормальной частью человеческого опыта. Цель мотивационного интервьюирования – помочь клиенту перейти от амбивалентности к положительному изменению поведения, раскрывая несоответствие между текущим поведением клиента и его планами на будущее. W. Miller и S. Rollnick, (1999) приводят принципы мотивационного интервьюирования: формулировка «FRAMES»:

- F – feedback – предоставь обратную связь о поведении;
- R – responsibility – подкрепи у пациента чувство ответственности за изменение поведения;
- A – advice – дай совет по поводу изменения поведения;
- M – menu – обсуди меню возможных вариантов изменения поведения;
- E – empathy – выражай эмпатию по отношению к пациенту;
- S – self-efficacy – поддерживай самооценку пациента.

Последствия влияют на поведение (Skinner B. F.). Как только пациенты начинают проследить связь между своим поведением и его последствиями, незамедлительно происходят две вещи: поведение изменяется; мотивация на изменения усиливается. Основная ошибка специалистов состоит в том, что они ограждают пациентов от последствий их собственного поведения.

Мотивационное интервью используется для того, чтобы помочь пациентам, принять решение об участии в реабилитации. Оно основано на уважении выбора, который делает клиент и конструктивной самоконфронтации. Психолог может попросить пациента привести аргументы в пользу сохранения существующего статус-кво. Он может задать пациенту вопрос: «Зачем (ради чего) Вам следует прекращать пить?» Пациент тут же оказывается в непривычной для себя роли, ведь обычно все происходило с точностью наоборот. Кто-либо приводил ему аргументы в пользу отказа от алкоголя, преследовал, обвинял, винил и стыдил его, что побуждало пациента усиливать свои защитные маневры. Теперь, он должен сам доказать психологу, что отказаться от алкоголя важно для него и самому приводить аргументы в пользу изменения. Психологу важно уметь задавать открытые вопросы, размышлять, приводить аргументы, выделять из речи важные для него мотиваторы и возвращать клиенту его собственные слова. Под руководством психолога-консультанта клиент должен озвучить собственные аргументы в пользу изменения своего поведения.

Таблица аргументов.

НЕ ПИТЬ		
№	АРГУМЕНТЫ «ЗА»	АРГУМЕНТЫ «ПРОТИВ»
1		
2		
3		
4		
5		

ПРОДОЛЖАТЬ ПИТЬ		
№	АРГУМЕНТЫ «ЗА»	АРГУМЕНТЫ «ПРОТИВ»
1		
2		
3		
4		
5		

*Примеры высказываний и вопросов для мотивационного интервью.*⁹⁴

1. Что привело Вас сюда?
2. Что вы чувствуете/думаете по этому поводу?
3. Что является непосредственной причиной Вашего визита?
4. Не могли бы Вы рассказать о том, как именно пьете/употребляете (героин, кокаин и т. д.)?
5. Скажите, пожалуйста, какова ваша норма употребления?
6. Давайте возьмем обычную неделю. Сколько обычно Вы употребляете в понедельник? А во вторник?
7. Вы говорите «чуть-чуть/немного». А не могли бы сказать точнее?
8. Я понимаю, что это нелегко. Больше 20 порций в день? Меньше? Меньше пяти? Больше?
9. Вы говорите, что пьете в основном по выходным.
10. Если все сложить, то получается около 60 порций за неделю.
11. Что вы думаете по поводу этой цифры?
12. Вы говорите, что не особенно Вас беспокоит.
13. Вы говорите, Вас она пугает.
14. Вы говорите, жена собирается бросить Вас, если Вы не прекратите пить.
15. Что Вы чувствуете по этому поводу?
16. Как давно Вы столько пьете?
17. Что Вы думаете по поводу собственного употребления алкоголя (наркотиков)?

⁹⁴ Буизман Вим. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ (руководство по проведению тренингов) – Москва. – УНП ООН. – 2007. – 62 с.

18. Что Вам нравится в выпивке?
19. Без чего вы могли бы обойтись?
20. Вы говорите, Вы не хотите обсуждать это.
21. Я понимаю, как Вам, должно быть, тяжело об этом говорить.
22. Понимаете, для меня важно это знать.
23. Может быть, позже мы вернемся к этому, а пока, позвольте, я спрошу кое-что другое.
24. Скажите, из-за чего Вы чувствуете себя несчастным?
25. Какую роль в этих проблемах играет алкоголь (героин, кокаин и т. п.)?
26. Таким образом, если бы Вы прекратили пить, то, возможно, проблем на работе стало бы меньше.
27. С другой стороны, ведь Вы действительно получаете удовольствие от выпивки, употребления героина/кокаина.
28. Вы назвали несколько вещей, связанных с употреблением алкоголя/наркотиков, которые
29. Вам не нравятся. А есть что-то, что нравится?
30. Итак, Вы говорите, что, с одной стороны, Вам нравится (...).
А с другой стороны,
31. Вам не нравится (...).
32. Вам интересно знать, что же с этим делать.
33. С одной стороны, есть причины подумать о переменах, однако, с другой – Вы сомневаетесь, настолько ли все плохо.
34. Поправьте меня, если я ошибаюсь.
35. Расскажите о ситуациях в которых Вы выпиваете/употребляете наркотики.
36. Какую взаимосвязь Вы видите между собственной агрессией и употреблением алкоголя?
37. Какую взаимосвязь Вы видите между чувством подавленности и употреблением алкоголя?
38. Случалось ли Вам когда-либо сократить или полностью прекратить употребление?
39. Как это происходило?
40. Вы можете быть точнее?
41. Как долго это продолжалось?
42. Вам это понравилось?
43. Из-за чего Вы возобновили употребление?
44. Какие еще вещества Вы употребляете?
45. Как взаимодействуют алкоголь и кокаин?

46. Вы живете с родителями. Ну и как Вам с ними живется?
47. Вы спрашиваете, что Вам следует предпринять по поводу выпивки/употребления наркотиков?
48. На самом деле, это вопрос не ко мне. Ведь вопрос в том, чего хотите Вы сами?
49. Скажите, в прошлом Вы когда-либо проходили лечение? Где? Когда?
50. Насколько оно Вам помогло?
51. Расскажите об этом поподробнее.
52. Вы говорите, у Вас есть несколько хороших друзей. Расскажите о них поподробнее.
53. Как часто Вы с ними видитесь?
54. Это те друзья, с которыми Вы употребляете наркотики (выпиваете)?
55. А у Вас есть друзья, с которыми Вы не пьете?
56. Ну и что вы думаете делать дальше?
57. Вы говорите, Вы не уверены.
58. Как-то Вы вдруг замолчали. Я двигаюсь не в том направлении?
59. Может, я двигаюсь слишком быстро.
60. Я вижу, Вы хмуритесь.
61. Может быть, Вы не согласны с тем, что я говорю?
62. Нет, в мои намерения совершенно не входит указывать Вам, что делать. Это исключительно Ваш выбор.
63. Я здесь с единственной целью помочь Вам.
64. Решение исключительно за Вами.
65. Для того чтобы принять правильное решение Вам следует знать некоторые факты
66. об алкоголе.
67. Вы не против, если я Вам кое-что расскажу?
68. То, что Вы говорите на самом деле: «Я хочу продолжить пить и принимаю все негативные последствия этого».
69. Может быть, это не лучшее время для того, чтобы остановиться.
70. Позвольте дать Вам эту маленькую брошюру. Вы можете почитать ее в любое удобное для Вас время. Может быть, Вы найдете в ней что-нибудь полезное для себя.
71. Как Вам понравился наш разговор?
72. Вы можете вернуться в любое время, когда захотите.
73. Вы говорите, что можете захотеть изменить что-нибудь, однако пока не уверены что именно.
74. Вы говорите, что можете захотеть остановиться.
75. Вы говорите, что хотите остановиться.

76. Вы говорите, что собираетесь прекратить с завтрашнего дня.
77. Вы говорите, что собираетесь сократить употребление.
78. Вы говорите, что хотели бы сократить употребление.
79. Какое количество было бы правильным?
80. Почему бы нам не взглянуть на обычную неделю и не посмотреть, что именно можно было бы изменить и когда именно, в какой день?
81. Скажите, Вы это уже делали раньше?
82. Скажите, Вы можете это сделать?
83. Что Вам требуется, чтобы сделать это?
84. Вы говорите, что особенно трудно будет в пятницу и субботу по вечерам, когда Вы встречаетесь с друзьями.
85. Что же Вы собираетесь делать этими вечерами?
86. Вы говорите, что сможете, весь вечер пить воду/сок/чай.
87. Давайте-ка, я сыграю роль адвоката дьявола. Скажите, а не заскучаете ли Вы в обстановке, когда напиваться будут все кроме Вас. Может такое случиться?
88. Возможно, вариантом будет оставаться дома в пятницу и субботу.
89. Как Вам это?
90. Вы говорите, что едва Вы прекращаете пить, как начинаете чувствовать непреодолимую тягу что-нибудь употребить.
91. Создается впечатление, что остановиться почти невозможно.
92. Чувствуете растерянность.
93. На самом деле, причин для растерянности нет.
94. Это происходит со многими людьми.
95. Знаете, именно для этого существуют терапевты.
96. Рассказать Вам о тех видах помощи, которые мы предлагаем?
97. На самом деле, есть несколько возможностей.
98. Позвольте объяснить, что такое процесс включения в терапию.
99. Одна из них – серия (из десяти) терапевтических сессий.
100. Очень важно практиковаться в этом дома.
101. Вы согласны?
102. Отлично! Очень хорошо!

Когнитивно-поведенческие техники:

1. Функциональный анализ употребления алкоголя.

1. Составление индивидуальной карты поводов для выпивки, выявление положительных и отрицательных последствий поведения связанного с употреблением алкоголя.

2. Выявление паттернов иррационального мышления: «Предписывающих употребление установок» (почему клиент «должен» употреблять

алкоголь).

3. Выявление так называемых – «Разрешающих убеждений или установок, облегчающих употребление» (почему клиент «может» употреблять алкоголь).

4. Выявление свойств и качеств, которые клиент предписывает алкоголю.

5. Выявление установочных паттернов, связывающих употребление алкоголя с образом себя.

6. Выявление непосредственных положительных эффектов (ощущений), которое дает употребление алкоголя.

Таблица «Функциональный анализ употребления алкоголя».

Дата, время	Повод	Мысли и чувства	Поведение	Положительные последствия	Отрицательные последствия

В результате проведения «функционального анализа употребления алкоголя» клиенты могут понять свое злоупотребление спиртным, как действия, являющиеся мнимым (временным) решением проблем и то, что эти действия сами представляют собой проблему.

«Баланс действий и последствий» является еще одним способом объективизации положительных и отрицательных последствий поведения связанного с употреблением алкоголя.

Таблица «Баланс действий и последствий».

№	Положительное непосредственное действие алкоголя.	Долгосрочные негативные последствия употребления алкоголя.
1		
2		
3		
4		
5		

2. Функциональный анализ проблемного поведения.

Суть «функционального анализа», в том, чтобы выдвинутые клиентом жалобы точно описать в виде психологических проблем (анализ проблемы) и выяснить те основные условия, изменение которых приведет к изменению проблемы. Поскольку человеческое поведение – явление комплексное, то используется многоуровневый анализ, который проводится с различных позиций – начиная с микроперспективы (индивидуально-психологический подход) и вплоть до макроперспективы (затрагивающей определенные связи в сфере партнерства, семьи и социальной сфере). С клиентами будет составлена «Индивидуальная карта ситуаций высокого риска срыва». Через контроль обстоятельств, провоцирующих употребление алкоголя можно контролировать само потребление.

3. *Регистрация эмоций и автоматических мыслей. Ведение дневника самонаблюдения и регистрации автоматических мыслей.*

Дата	Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Разумная реакция	Результат
Пояснение:	Кратко опишите ситуацию	Оцените по шкале 0–100%	Попробуйте назвать мысль и затем оцените свою убежденность в каждой мысли по шкале 0–100%	Оцените степень убеждения по шкале 0–100%	Переоцените эмоции

Цель:

1. Обнаружить свои негативные автоматические мысли.
2. Найти связь между знаниями, аффектами и поведением.
3. Найти факты «за» и «против» этих автоматических мыслей.
4. Подыскать более реалистичные интерпретации для них.
5. Научиться выявлять и изменять дезорганизующие убеждения, ведущие к искажению навыков и опыта.

2. Методы самоконтроля.

К самоконтролю в более узком смысле этого слова можно отнести следующие методы:

1. Методы самонаблюдения и анализа некоторых чувств и эмоциональных состояний служащие чаще всего первой ступенью в процессе изменений.

**Таблица регистрации и анализа некоторых чувств
и эмоциональных состояний.**

Чувства	Дни недели. Количество и степень интенсивности (продолжительности) в процентах от 1 % - минимум до 100% - максимум.						
	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресение
Радость							
Печаль (подавленность)							
Гнев (злость)							
Страх							
Интерес							
Благодарность							
Отвращение							
Стыд (смущение)							
Вина							
Тревога (беспокойство)							
Зависть							
Презрение							
Скука							
Удивление							
Обида							

2. Методы контроля стимула. Обучение навыкам самостоятельно управлять собственным поведением, благодаря специальной организации физического или социального окружения становится более вероятным – или невероятным – соответствующее целевое поведение.

3. Методы контроля последствий. Обучение навыкам самостоятельно управлять вероятностью наступления собственного поведения путем самоподкрепления, самонаказания или заключения специальных контрактов.

Основные техники методов самоконтроля:

1. Ведение дневника самонаблюдения.

2. Обучение внутриспсихическим навыкам совладания с мыслями об алкоголе, с чувствами злости, обиды, разочарования и пр. Выявление и видоизменение отрицательных мыслей. Формирование навыков и умения справляться с тягой к алкоголю, например: метод разговора по телефону с человеком, которому доверяют; отвлекающие внимание занятия; клиенты могут вести дневник, описывая, как они справляются с тягой.

3. Обучение социальным навыкам, навыкам решения проблем, умению отказываться и говорить «Нет».

• Тренинг навыков решения проблем:

1. общая ориентация,

2. описание проблемы,

3. выдвижение альтернатив,

4. принятие решения,

5. оценка – должен не только помочь клиенту выработать или изменить отдельные способы поведения, но и научить его различным стратегиям, которые были бы применимы для решения широкой сферы проблем.

• Тренинг навыков отказываться и говорить «Нет».

Формирование сознательного сопротивления желаниям и попыткам относительно приема алкоголя. Формирование эффективного поведения в ситуациях, в которых предлагаются или навязываются употребление.

1. Техники вознаграждения/поощрения. Определение альтернативных доставляющих удовольствие занятий, самоподкрепления.

2. Обучение анализу ситуаций, в которых происходит употребление алкоголя. Ведение «Ежедневного бланка наблюдения», в котором делается акцент на время возникновения тяги к алкоголю, степени ее выраженности, стимулов и последующего поведения.

3. Профилактика рецидива.

Основные техники:

1. Исследование ситуаций повышенного риска.

Таблица «Краткий перечень ситуаций высокого риска».

<p>Ниже перечислены восемь видов ситуаций, в которых некоторые люди сталкиваются с искушением вернуться к употреблению алкоголя. Представьте себе, что Вы сейчас находитесь в одной из следующих типов ситуаций. Укажите на шкале, насколько уверенно Вы себя чувствуете, оказавшись в одной из данных ситуаций. Заполните, поставив «Х» на линии от 0% – «Совсем не уверен» – до 100% «Абсолютно уверен», как в примере, приведенном ниже, насколько Вы сейчас чувствуете в себе силы сопротивляться выпивке, оказавшись в данных обстоятельствах.</p>	
Я чувствую себя ...	
0%	----- X -----100%
0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,
Сейчас я был бы в состоянии противостоять искушению выпить в ситуациях связанных с ...	
1.	Неприятными эмоциями (например, если бы я был бы подавлен, разочарован, раздосадован, разгневан; испытывал чувство тревоги);
Я чувствую себя ...	
0%	-----100%
0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,
2.	Физический дискомфорт (например, если бы я имел проблемы со сном, чувствовал нервное и физическое напряжение, усталость и разбитость);
Я чувствую себя ...	
0%	-----100%
0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,
3.	Приятные эмоции (например, если что-то хорошее произошло, внезапная радость, восторг, подъем, воодушевление, предвкушение успеха или приятного события);
Я чувствую себя ...	
0%	-----100%
0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,
4.	Проверкой личностного контроля (например, если бы я начал считать, что употребление алкоголя уже не проблема для меня; если я был уверен, что я могу контролировать выпивку);
Я чувствую себя ...	
0%	-----100%
0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,
5.	Сильной тягой и искушением выпить (например, вдруг у меня возникло желание выпить; я оказался в ситуации или месте, в котором раньше я часто употреблял спиртное);
Я чувствую себя ...	
0%	-----100%

	0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,
6.	Конфликтом с другими людьми (например, если бы я вступил в конфронтацию с партнером, начальством; перестал ладить с другими людьми на работе);	
Я чувствую себя ...		
	0%-----100%	
	0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,
7.	Социальным давлением, принуждением к выпивке (например, если кто-либо оказывал на меня давление, чтобы я выпил с ним, уговаривал и предлагал спиртное; если бы я пребывал в компании лиц употребляющих спиртное);	
Я чувствую себя ...		
	0%-----100%	
	0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,
8.	Позитивными эмоциональными ситуациями, связанными с межличностным общением (например, если бы я встретился с другом, подругой; если бы я оказался в гостях и захотел почувствовать себя еще лучше);	
Я чувствую себя ...		
	0%-----100%	
	0% Совсем не уверено,	100% Абсолютно уверено,

Работа по заполнению данной таблицы является с одной стороны диагностической с другой стороны терапевтической. Осознание факторов риска и тактика самоэффективного поведения необходимого для предупреждения срыва и рецидива основаны на:

1. понимании концепции рецидива;
2. знании клиента о его личных, индивидуальных критических ситуациях, в которых он максимально уязвим перед «первой рюмкой»;
3. модификации поведения необходимого для избегания попадания в критические ситуации;
4. выработке несовместимых с потреблением алкоголя способов действия.

2. Обучение постановке целей. По М. Селигману цели делятся на «плохие» и «хорошие».

«Плохие цели»:

- Постоянно думайте о проблемах, которым трудно найти решение.
- Концентрируйтесь на отсутствующих у вас средствах.
- Ставьте перед собой глобальные цели.
- Ставьте перед собой труднодостижимые цели.
- Концентрируйтесь на том, на что вы не имеете никакого влияния.
- Не утруждайте себя определением сроков и критериев.

«Хорошие цели»:

- При возможности устанавливайте временные и количественные критерии достижения цели.
- Концентрируйтесь на удовольствии, а не на проблеме.
- Разделяйте глобальные цели на маленькие достижимые шаги.
- Ставьте перед собой достижимые цели.
- Концентрируйтесь на целях с максимальной свободой собственных действий.
- Сначала думайте о цели, потом ищите средства.

3. Переключение внимания с влечения к употреблению алкоголя на внешние факторы.

4. Изменение представлений пациента о рецидиве. Рецидив как закономерный этап процесса выздоровления. Клиент может разработать личный план неотложной помощи, в котором предусмотрены шаги, позволяющие справиться с рецидивом.

4. *Прояснение мотивов потребления алкоголя.*

Расстройства, вызванные употреблением алкоголя, являются в основном мотивационными расстройствами и расстройствами влечений. Они заключаются в чрезмерной мотивации и чрезмерных действиях, которые чаще всего направлены на прием алкоголя или на последствия этого приема. При этом мотивами могут служить следующие пункты:

- Эмоции, индуцированные приемом веществ.
- Процедура приема.
- Социальное признание.
- Улучшенное выполнение определенных видов поведения или практик.
- Повышение самооценки.
- Избегание абстинентных явлений (если возникла физическая зависимость).

1. Прояснение мотивов потребления алкоголя.

Поиск ответа на вопрос: «Какую потребность пытается удовлетворить клиент, употребляя алкоголь?»

Завьялов В. Ю. (1988, 1993) разделил все мотивы потребления алкоголя на три группы.

В первую группу социально-психологических мотивов приема алкоголя входят:

1. культурально – распространенные мотивы,
2. субмиссивные (отражающие подчинение давлению других людей),
3. псевдокультурный тип мотивов.

Вторая триада по Завьялову Ю. В. состоит из группы личностных мотивов:

1. гедонистические,
2. атактические,
3. мотивы гиперактивации поведения и насыщение стимулами при относительной «сенсорной депривации» с помощью выпивки, отражающие стремление выйти из состояния скуки, психологической пустоты.

В третью триаду по Завьялову Ю. В. входят собственно патологические мотивы:

1. «похмельные»,
2. аддиктивные, как эквивалент патологического влечения к алкоголю,
3. мотивы нанесения самоповреждения.

Осознавание пациентом своих мотивов и понимание их трансформации само по себе является терапевтически важным.

2. Определение и идентификация собственных потребностей и способов их удовлетворения.

3. Обучение конструктивному завершению.

Последнее (выпускное) домашнее задание.

«Это Ваше последнее выпускное задание! Поздравляем – Вы сделали это!

- Пожалуйста, вспомните и запишите каких взглядов на себя и на свою проблему с алкоголем Вы придерживались.
- Напишите, какие изменения произошли с Вами за время прохождения программы, что у Вас стало по-другому.
- Как окружающие Вас люди относятся к произошедшим в Вас переменами.
- Напишите, кому из других клиентов программы Вы благодарны. Напишите за что конкретно. В чем они лично помогли Вам.
- Напишите, как Вы считаете, кому из клиентов программы были полезны Вы.
- Напишите, кому из психологов Вы благодарны. Напишите за что конкретно».

Глава 2.

Приложение.

2.1 Условия реализации программы «Качество Жизни».

Необходимы специалисты, работающие в области аддиктологии и реабилитологии. Имеющие дополнительное специализированное профессиональное образование (когнитивно-поведенческая терапия, геш-

гальт-терапия, психоаналитическая психотерапия). Опыт собственной индивидуальной и групповой личной терапии и супервизии.

Штат программы «Качество Жизни».

Штат программы «Качество Жизни» 5 человек.

1. Клинические (медицинский) психологи. (Два человека).
2. Специалисты по социальной работе (Консультант по вопросам химической зависимости, психолог). (Два человека).
3. Администратор программы (Социальный работник, психолог-методист). (Один человек).

Функциональные обязанности.

Клинический психолог является автором концепции и руководителем программы, ведущим терапевтическую реабилитационную группу. В его функциональные обязанности входит:

1. Осуществлять взаимодействия и взаимосвязь с администрацией.
2. Обеспечивать процесс ведения группы согласно графику.
3. Осуществлять контроль за деятельностью программы и сотрудников, а также коррекцию программы в случае необходимости.
4. Организовывать и проводить методические собрания клинических разборов клиентов и протекающих процессов в группе согласно графику.
5. Оформление и подготовка отчетных материалов в научно-исследовательской деятельности с периодичностью раз в квартал.
6. Организовывать и участвовать в обучающих и супервизорских (интервизорских) группах согласно графику.
7. Разработка новых методических материалов.
8. Изучение и анализ текущих материалов (результаты тестов, статьи и переводы, динамика группы и команды).
9. Выполнять внутренний режим и распорядок согласно графику.

Консультант по вопросам химической зависимости (психолог) является ко-терапевтом совместно ведущим группу. В его функциональные обязанности входит:

1. Обеспечивать процесс ведения группы согласно графику.
2. Участвовать в клинических разборах пациентов и протекающих процессов в группе на запланированных методических собраниях.
3. Использовать отведенное методическое время для подготовки к группе, анализа и заполнения необходимой документации соответственно.
4. Участвовать в обучающих и супервизорских (интервизорских) группах согласно графику.
5. Заблаговременно информировать администратора программы и о возможных изменениях в графике работы.

6. Выполнять внутренний режим и распорядок согласно графику.

Администратор программы выполняет организационные функции. В его функциональные обязанности входит:

1. Ведение, оформление и своевременная подача табеля работы сотрудников программы, не позднее пятого числа следующего месяца.

2. Своевременно обеспечивать процесс программы методическими материалами и пособиями.

3. Проведение и обработка тестирования участников программы еженедельно.

4. Участвовать в клинических разборах пациентов и протекающих процессов в группе на запланированных методических собраниях.

5. Участвовать в обучающих и супервизорских (интервизорских) группах согласно графику.

6. Выполнять внутренний режим и распорядок согласно графику.

7. Планировать расписание и отпуска сотрудников.

8. Ежемесячная подготовка и оформление статистических данных.

Формат программы «Качество Жизни».

1. Программа «Качество Жизни» рассчитана на 12 недель (3 месяца) всего 60 – часов групповых занятий.

2. У клиентов помимо этого будет возможность по предварительной договоренности получить индивидуальные консультации с целью разбора текущего домашнего задания, полученного на группе, не чаще 1 раза в неделю по 45 минут с одним постоянным специалистом реабилитационной программы.

3. Также по решению тренерского совета и в случае соответствующего заблаговременного запроса со стороны клиента возможно продление срока реабилитации на дополнительные 20 часов (4 недели).

Место и время для проведения программы «Качество Жизни».

1. Необходимо надлежащие помещение для проведения групповых занятий два раза в неделю с 18:30 до 21:00 (2,5 часа с одним перерывом на 15 минут).

2. Необходимо выделение времени 1,5–2 часа в неделю для регулярных встреч и обсуждений специалистов программы «Качество Жизни» своей текущей работы, интервизии и возможно супервизии.

3. Необходимо выделение времени для предварительной подготовки перед групповым занятием (30 минут) и после его проведения для обсуждения, анализа и заполнения бланков текущей документации.

Методические материалы для проведения программы «Качество Жизни».

1. Методические материалы, специально разработанные домашние задания, бланки самоотчета и таблицы учета, позволяющие самостоятельно вести работу, направленную на изменение проблемного поведения.

2. Методические пособия и расходные материалы (ручки, бумага, цветные карандаши и т.д.) для проведения тренинговых занятий и упражнений.

3. Информационные материалы о признаках злоупотребления алкоголем с вредными последствиями и особенностях формирования и течения алкогольной зависимости. (Предрасположенность, причины, протекание, последствия).

4. Информационные материалы о рисках злоупотребления алкоголем, о моделях ответственного поведения при потреблении алкоголя, методах и способах значительного сокращения (снижения) употребления алкоголя.

5. Тестовые задания (клиенты должны пройти психологическое тестирование перед поступлением в программу и перед ее окончанием).

2.2 Соглашение программы «Качество Жизни».

СОГЛАШЕНИЕ

« ____ » _____ 201 г.

Амбулаторная реабилитационная программа «Качество Жизни» в лице _____ и клиента программы (И. О.) _____ заключили соглашение об оказании Клиенту амбулаторной информационно-просветительской, реабилитационно-профилактической и психокоррекционной помощи по поводу невоздержанного употребления алкоголя (употребления с вредными последствиями). Реабилитационная помощь оказывается бесплатно, анонимно и конфиденциально.

Цели и задачи амбулаторной реабилитационной программы «Качество Жизни»:

А. Относительно проблемного употребления алкоголя (качественно-количественные задачи):

1. Увеличение количества трезвых дней в году.
2. Уменьшение частоты употребления алкоголя (снижение интенсивности употребления).
3. Сокращение обычных дневных (разовых) доз потребления алкоголя.
4. Уменьшение симптомов зависимости.
5. Изменение типичных (опасных) паттернов употребления алкоголя

(употребление в утренние часы, «опохмеление», «отсроченное опохмеление», «двойные дни» пьянства и т. д.).

Б. Повышение качества жизни:

1. Повышение самооценки и самоуважения.
2. Развитие навыков совладания со стрессом и решения проблем.
3. Улучшение межличностных взаимоотношений и отношений в семье.
4. Улучшение социального/профессионального функционирования.
5. Снижение риска совершения противоправных действий и рискованных поступков.
6. Улучшение показателей здоровья.

Программа «Качество Жизни» предоставляет Клиенту:

1. Квалифицированных специалистов работающих в области аддиктологии и реабилитологии.
2. Помещение для проведения занятий два раза в неделю каждый понедельник и среду, с 18:30 до 21:15 (с одним перерывом на 15 минут).
3. В течение 12 недель (3 месяца) каждый понедельник первое групповое занятие, направленно на анализ и коррекцию проблемного употребления алкоголя. Второе групповое занятие проходит каждую среду, является тренинговым и направленно на приобретение навыков самонаблюдения, совладания со стрессом, повышение самооценки и улучшение межличностных взаимоотношений.
4. По предварительной записи получить индивидуальные консультации с целью разбора текущего домашнего задания, полученного на группе, не чаще одного раза в неделю (по 45 минут) с одним постоянным специалистом реабилитационной программы, но не реже двух раз в месяц.
5. Достоверный информационный материал о признаках употребления алкоголя с вредными последствиями и особенностях формирования и течения алкогольной зависимости. (Предрасположенность, причины, протекание, последствия, риски, исход).
6. Информацию о рисках злоупотребления алкоголем, о моделях ответственного поведения при потреблении алкоголя, методах и способах значительного сокращения (снижения) употребления алкоголя.
7. Обучение функциональному анализу проблемного поведения и употребления алкоголя.
8. Обучение социальным навыкам, навыкам решения проблем, постановки целей, умению отказываться и говорить «Нет».
9. Обучение техникам анализа ситуаций высокого риска и составления индивидуальной карты поводов для выпивки.

10. Возможность приобретения нового опыта совладания с тягой к спиртному, мыслями об алкоголе, с чувствами злости, обиды и разочарования.

11. Прояснение индивидуальных мотивов потребления алкоголя, идентификация собственных потребностей и конструктивных способов их удовлетворения. Определение и выработку новых альтернативных доставляющих удовольствие занятий и практик.

12. Методические материалы, специально разработанные домашние задания, бланки самоотчета и таблицы учета, позволяющие самостоятельно вести работу, направленную на изменение проблемного поведения.

13. Методические пособия и расходные материалы для проведения тренинговых занятий и упражнений.

14. По решению тренерского совета и в случае соответствующего заблаговременного запроса со стороны клиента возможно продление срока реабилитации на дополнительные 4 недели (1 месяц).

В период прохождения курса реабилитации в программе «Качество Жизни» Клиент обязуется:

1. Пройти комплексное психологическое тестирование перед поступлением в программу, перед ее окончанием и через один календарный год после ее завершения.

2. Пройти полный курс реабилитационных занятий 2 раза в неделю в количестве 12 недель (3 месяца) без опозданий и пропусков и посетить не менее шести индивидуальных занятий с психологом.

3. Выполнять домашние задания и ежедневные задания по самоанализу, предусмотренные курсом реабилитационной программы в оговоренные сроки.

4. Быть честным со специалистами программы относительно своего состояния, фактов употребления алкоголя, его количества, последующих за употреблением действий и последствий.

5. Не приходить на занятия в состоянии алкогольного/наркотического опьянения (с запахом алкоголя изо рта).

6. Бережно относиться к учебным материалам, методическим пособиям и имуществу реабилитационного центра, а в случае их порчи по вине клиента, полностью возмещать их стоимость.

7. Воздерживаться от споров по политическим, национальным, религиозным вопросам на занятиях.

8. Отключать и не пользоваться мобильной связью во время занятий.

9. Не просить в долг и не давать займы клиентам программы деньги, драгоценности и ценные вещи. Во время прохождения курса реабилита-

ции не вступать в деловые, финансовые и сексуальные отношения с другими участниками программы.

10. Во время прохождения курса реабилитации не распивать спиртные напитки и не употреблять психоактивные вещества с другими участниками программы.

11. Предупредить сотрудников программы о принимаемых лекарственных препаратах, назначенных лечащими врачами.

12. Предупреждать о своем опоздании или пропуске сотрудников программы по телефону: 8 (499) 126-04-51

Условия расторжения соглашения со стороны реабилитационной программы:

1. Если Вы не выполнили (забыли дома, потеряли и т.д.) ежедневное задание по самоанализу или домашнее задание – это становится поводом для обсуждения на группе. Ваш лимит невыполнения домашнего задания/заданий по самоанализу составляет всего шесть за все время прохождения реабилитации. Превысив данный лимит – Вы отстраняетесь от программы.

2. Если Вы не пришли на занятия и не предупредили об этом сотрудников программы по телефону 8 (499) 126-04-51, то это становится поводом для обсуждения на группе. Если данный факт повторяется – Вы автоматически отстраняетесь от программы.

3. Если Вы не можете прийти на группу, Вы предупреждаете об этом сотрудников программы (желательно за сутки) по телефону 8 (499) 126-04-51. Ваш лимит составляет шесть пропусков (не зависимо от их причины) за все время прохождения реабилитации. Превысив данный лимит – Вы отстраняетесь от программы.

4. Не выполнение рекомендаций специалистов, домашних заданий, самоанализа или их формальное выполнение, расценивается, как не сотрудничество, что становится поводом для обсуждения на группе и может являться поводом для расторжения соглашения со стороны реабилитационной программы.

5. В случае выявления неэффективности программы (продолжающееся запойное пьянство, потеря контроля над дозой и т.д.), сотрудники программы «Качество Жизни» оставляют за собой право прервать реабилитационный курс в одностороннем порядке с рекомендациями альтернативных методов лечения.

ВНИМАНИЕ!

Реабилитационная программа «Качество Жизни» предоставляет психокоррекционные средства для сокращения употребления алкоголя

и риска возникновения вредных последствий из-за невоздержанного употребления, но не гарантирует его, так как значительное сокращение употребления алкоголя не представляется возможным для лиц с тяжелой алкогольной зависимостью или с долговременными проблемами, связанных со злоупотреблением. Для таких лиц полное воздержание от употребления алкоголя является наилучшим решением.

Тем не менее, участие в программе «Качество Жизни», искреннее желание измениться, выполнение заданий по самонаблюдению/домашних заданий, активное участие и включенность в реабилитационные мероприятия может сократить вредные последствия и повысить качество жизни. Напоминаем, что изменение типичных стереотипов относительно невоздержанного употребления Вами алкоголя является Вашей личной ответственностью.

Дата начала занятий с _____ Дата окончания занятий _____

Представитель программы «Качество Жизни» _____

Клиент _____ Контактный телефон клиента _____

2.3 Бланк выбора цели программы «Качество Жизни».

«Нам хотелось узнать одну задачу, которую Вы поставили перед собой в отношении Вашего употребления алкоголя. Пожалуйста, прочтите перечисленные ниже задачи и выберите одну из них, которая точнее соответствует Вашей собственной в данный момент, сделав пометку напротив и внося недостающие сведения на месте пробела, если таковые имеются».

Я решил ничего не менять относительно своей привычки употребления алкоголя (я хочу оставить все как есть). _____

Я решил уменьшить употребление мной алкоголя и выпивать не больше определенной дозы – контролировать, как часто и сколько я выпиваю. Я хотел бы ограничиться не более чем _____ порциями (максимальная доза), не чаще чем один раз _____ (период времени).

Я решил полностью отказаться от употребления алкоголя на некоторое время, после чего я приму новое решение по этому вопросу. Этот период времени для меня составляет _____ недель (дней).

Я решил бросить пить раз и навсегда, хотя понимаю, что когда-нибудь не смогу сдержаться и разок напьюсь. _____

Я решил прекратить пить раз и навсегда, и буду прикладывать все свои силы, чтобы полностью воздерживаться от алкоголя до конца своей жизни. _____

Ни одно из этих утверждений мне не подходит. Моя цель в том чтобы: _____

Пожалуйста, ответьте на 4 вопроса, обведя ручкой наиболее приемлемый для Вас ответ.⁹⁵

Хотели бы Вы, чтобы сократить употребление алкоголя или бросить пить, если Вы могли бы сделать это легко?

- Нет = 0
- Да = 1

Насколько серьезно Вы хотите, уменьшить употребление алкоголя или вообще бросить пить?

- Совсем не серьезно = 0,
- Не очень серьезно = 1,
- Довольно серьезно = 2,
- Очень серьезно = 3

Намерены ли Вы уменьшить употребление алкоголя или совсем бросить пить в ближайшие 2 недели?

- Определенно нет = 0,
- Наверное, нет = 1,
- Возможно, да = 2,
- Определенно да = 3

Какова, по Вашему мнению, вероятность того, что спустя 12 месяцев с этого времени, что у Вас не будет проблемы с алкоголем?

- Конечно, не будет = 0,
- Скорее всего, нет = 1,
- Вероятно, будет = 2,
- Определенно будет = 3

Почитайте и напишите сумму полученных Вами баллов: _____

Примечание. Данные 4 вопроса используются для оценки степени мотивации на изменение проблемного потребления алкоголя. Возможный диапазон оценок (итоговой суммы баллов) находится в пределах от 0 до 10. Ноль баллов соответствует максимально низкой мотивации на изменение. Десять баллов соответствуют максимально высокой мотивации.

⁹⁵ Sobell, LC; Cunningham, JA; Sobell, MB; Agrawal, S.; Gavin, DR; Leo, GI; and Singh, KN Fostering self-change among problem drinkers: A proactive community intervention. Addictive Behaviors. 1996; 21 (6):817-833.

2.4 Анкета программы «Качество Жизни».

Обращение в программу «Качество Жизни» первичное/повторное.

И. О. (можно вымышленное) _____ Пол _____

Год и место рождения _____

Контактный телефон: _____

Образование: _____

Специальность _____

Пожалуйста, ответьте на вопросы подробно и честно. Это поможет составить план Вашей работы в программе. Мы гарантируем Вашу конфиденциальность.

Вы употребляете алкогольные напитки и/или психоактивные вещества (ПАВ) (если «да», то какие, что)? _____

С какого возраста? _____ (лет) Как часто (в среднем) за последний год Вы пьете? _____

Когда Вы выпиваете, какова Ваша обычная доза? (за последний год)

Какое максимальное количество алкоголя Вам доводилось выпить за один раз? _____

(количество и крепость)

Как часто Вы выпиваете свою максимальную дозу? _____

Вы чаще принимаете алкоголь в компании или в одиночестве? _____ Что Вы любите делать, находясь «под кайфом»? _____

Что говорят о Вашем поведении в состоянии опьянения окружающие Вас люди? _____

Возникала ли у кого-либо в Вашей семье (как в нынешней, так и в родительской) проблема алкоголизма или зависимости от ПАВ? _____ Если «Да», то напишите у кого _____

Возникала ли у Вас когда-нибудь проблема алкоголизма или зависимости от ПАВ? _____

Если «Нет», то как Вам удается избегать зависимости? _____

Пытались ли Вы сократить количество принимаемого алкоголя (ПАВ)? _____

Испытываете ли Вы раздражение, когда кто-либо критикует Вас за пьянство и/или употребление психоактивных веществ? _____

Испытываете ли Вы чувство вины в связи с выпивкой (употреблением)? _____

Приходилось ли Вам начинать утро с приема алкоголя и/или психоактивного вещества с целью привести себя в норму? _____

Как Вы расслабляетесь, снимаете напряжение? _____
Вы когда-нибудь прекращали принимать спир-
тное? _____ Почему? _____
На какой срок? _____

Почему Вы возвращались к употреблению? _____

Насколько сильно по 10-ти бальной шкале употребление Вами алко-
голя Вас беспокоит? _____

Как Вы думаете, почему Вы вообще начали выпивать? _____

Ради чего Вы выпиваете сейчас? _____

Когда Вы осознали проблему? _____ По-
чему Вы обратились за помощью только сейчас? _____

Что явилось для Вас «последней каплей», послужившей поводом обра-
титься к нам? _____

Насколько важным для Вас является получить профессиональную
помощь по поводу Вашей проблемы с алкоголем (по 10-ти бальной шка-
ле)? _____

Как Вы сейчас оцениваете свою жизненную ситуацию (по 10-ти баль-
ной шкале)? _____

Напишите, какие чувства, мысли или переживания Вас больше всего
тревожат _____

Лечились ли Вы от какой-либо зависимости и/или от какого-либо
психического или нервного заболевания? (если «Да», то от какого, когда,
где и сколько раз) _____

Каковы были результаты лечения? _____

Обращались ли Вы когда-либо за помощью к специалистам (врачам)
с целью прервать запой? (если «Да», то сколько раз вообще и сколько раз
за последний год) _____

Когда Вы употребляли алкоголь в последний раз? _____ (дата)

Думали ли Вы о самоубийстве в связи с алкоголем (проблемами из-за
алкоголя)? _____

Совершали ли Вы суицидальные попытки из-за проблем с алкоголем?

Если «Нет» то, что Вас остановило? _____

Если «Да», то когда, сколько раз и каким способом? _____

Каковы были последствия Ваших действий? _____

Что помогло Вам остаться в живых? _____

Случались ли у Вас когда-либо травмы, повреждения (или драки)
по причине выпивки? (если «Да», то какие и сколько раз за последний
год) _____

Приходилось ли Вам терять, забывать, повреждать, портить вещи, имущество в состоянии алкогольного опьянения? (если «Да», то какие и сколько раз за последний год) _____

Возникали ли у Вас когда-либо проблемы с законом (связанные или не связанные с алкоголем)? (Уголовные и админ. правонарушения, призывы в полицию, попадание в медвытрезвители, вождение автомобиля в нетрезвом виде и т. д. Если «Да», то сколько раз за последний год) _____

Общие сведения.

Ваши родители живы? _____ Если «Нет», какова причина и возраст их смерти. _____

Их смерть связана с алкоголем? _____

Сколько у Вас друзей? _____ (число) Как Вы проводите выходные? _____

Есть ли у Вас друзья, которые вообще не пьют? _____
Сколько их? _____ (число)

Есть ли у Вас друзья, которые ассоциируются у Вас с употреблением алкоголя? _____ Сколько их? _____ (число) Какое место в Вашей жизни и жизни Ваших друзей занимает алкоголь (по 10 бальной шкале?) _____ (число)

Жилье: свое – снимаю – живу с родителями – прочее (напишите). _____

Работа: есть – нет. Нравится ли Вам работа? _____

Справляетесь ли Вы? _____ Имеете ли Вы финансовые трудности? _____
Как Вы сами оцениваете уровень своих доходов? _____ Семейное положение:

женат/замужем, холост, разведен/разведена, гражданский брак, вдовец/вдова, живу один/одна, прочее. _____ Имеете ли Вы сексуальные отношения? _____
Насколько по 10-ти бальной шкале они удовлетворяют Вас или есть какие-то проблемы? _____

Употребляете ли Вы и/или Ваш партнер алкоголь или наркотики во время секса? _____ Дети: есть – нет.

От кого Вы узнали о программе «Качество Жизни»? _____

Какова цель Вашего прихода в программу «Качество Жизни»? _____

Напишите, как Вы думаете, чем программа сможет Вам помочь? _____

По каким признакам Вы поймете, что Вам становится лучше? _____

По каким признакам окружающие Вас люди (члены Вашей семьи, друзья, коллеги и т. д.) поймут, что Вы изменились? _____

Дата поступления _____ 2012 г. Дата выписки _____ 201

2.5 Бланк-направление к врачу-наркологу программы

«Качество Жизни».

Ф. И. О. _____ Год рождения. _____

Возраст _____ Образование. _____

Специальность. _____ Работает/учится. _____

Краткий анамнез:

Употребление алкоголя с _____ лет.

Как часто Вы выпивает за последний год. _____

Когда выпивает, обычная доза равна. _____

Максимальное количество алкоголя, выпиваемое за один раз. _____

Как часто выпивает свою максимальную дозу. _____

Проблемы алкоголизма или зависимости от ПАВ в семье. _____

Пытался сократить количество принимаемого алкоголя. _____

Испытывает раздражение, когда кто-либо критикует за пьянство.
_____ Испытывает ли Вы чувство вины в связи с выпивкой (употреблением). _____

Начинает утро с приема алкоголя с целью привести себя в норму. _____

Обращался за помощью к специалистам с целью прервать запой; попадал в медвытрезвители _____

Утрата ситуационного контроля. _____

Утрата количественного контроля. _____

Алкогольные палимпсесты/амнезии. _____

Опасное/рискованное поведение в опьянении. _____

Дата последнего употребления. _____

Когда осознал проблему. _____

Почему обратился за помощью только сейчас. _____

Как оценивает свою ситуацию на настоящий момент. _____

Лечился ли по поводу зависимостей и/или психического заболевания?
(если «да» где, как, когда.) _____

Каковы результаты лечения. _____

Состояние (жалобы со слов пациента):

Критика к состоянию (установка – что хочет, мотивация)

Дата _____

Ф. И. О. психолога-консультанта _____

2.6 Анкета участника программы «Качество Жизни».

Катамнез один год.

Общая информация.

Ваше Имя и Отчество _____ Дата _____

Год и место рождения _____ Вам полных _____ лет.

Вы проживаете в настоящее время в том же самом месте, где Вы жили, когда мы беседовали с Вами в прошлый раз? _____

Вы проживаете с теми же или с другими людьми? _____

Изменилось ли Ваше семейное положение? _____

Если да, то когда и как? _____

Если Вы недавно женились/вышли замуж или развелись, расскажите, чем занимается Ваш (а) супруг/супруга. _____

Как Вы относитесь к нынешнему периоду Вашей жизни? _____

Любите ли Вы выходные? _____

Как Вы их проводите? _____

Часто ли Вы проводите время в одиночестве? _____ Каковы Ваши планы на будущее? _____

Совпадают ли они с планами Ваших родителей? _____

Как Вы расслабляетесь, снимаете напряжение? _____

Семья.

Происходили ли в Вашей семье какие-нибудь смерти, рождения, браки в этот период? _____

Когда это произошло? _____

Происходили ли в Вашей семье какие-либо ссоры или примирения, которые оказали влияние на Вашу жизнь? _____

Когда, какие именно и по какому поводу? _____

Работа.

Вы занимаетесь тем же, чем и в то время, когда мы с Вами беседовали? _____

Когда произошли эти перемены? _____

Что именно произошло? _____

Работаете ли Вы сейчас? _____ Где? _____

Нравится ли Вам работа? _____ Справляетесь ли Вы? _____

С какими проблемами Вы сталкиваетесь? _____

Какие задания Вы выполняете с легкостью? _____

Каковы Ваши отношения с сотрудниками? _____

Есть ли среди них Ваши друзья? _____

Каковы Ваши отношения с начальником? _____

Имеете ли Вы финансовые трудности? _____

Как Вы сами оцениваете уровень Ваших доходов? _____

В какую сторону, как Вы считаете, изменился уровень Ваших доходов за последний год? _____

Как Вы проводите свободное время после работы? _____

Закон.

Имели ли Вы какие-нибудь проблемы с законом, неприятности (связанные или не связанные с алкоголем)? _____ Какие именно? _____

Что произошло? (когда?) _____

Друзья.

Сколько у Вас друзей? _____ (число)

Как Вы проводите время с друзьями? _____

Чем Вы с ними занимаетесь? _____

Вы по-прежнему общаетесь со старыми друзьями? _____

Вы общаетесь с новыми друзьями? _____

Где и когда Вы с ними познакомились? _____

Есть ли среди Ваших старых друзей люди, с которыми Вы перестали общаться? _____

Когда это произошло? _____

Стали ли Вы проводить время по-другому (не так как год назад)? _____

Пожалуйста, расскажите подробнее. _____

Стал ли кто-то из Ваших старых друзей Вашим лучшим другом? _____

Отдалились ли Вы от кого-либо из наиболее близких своих друзей? _____

Стали ли Вы проводить больше времени в одиночестве, чем раньше? _____

Вы стали чаще или реже употреблять алкоголь с друзьями? _____

Есть ли у Вас друзья, которые вообще не принимают алкоголь? _____

Сколько их? _____ (число)

Есть ли у Вас друзья, которые значительно сократили употребление алкоголя? _____

Есть ли у Вас друзья, которые вообще бросили пить? _____

Когда? _____

Есть ли среди Ваших друзей кто-либо, кто резко критикует алкоголь или, наоборот, является ярким сторонником употребления? _____

Есть ли у Вас друзья, которые ассоциируются у Вас с употреблением алкоголя больше, чем остальные? _____ Сколько их? _____ (число)

Какое место в Вашей жизни и жизни Ваших друзей занимает алкоголь? (по 10-ти бальной шкале?) _____

Как Ваши родители/супруг (супруга) относятся к Вашим друзьям? _____

Муж/жена, приятель/подружка.

Есть ли у Вас в настоящее время приятель/подружка, муж/жена? _____

Давно ли Вы живете с ним/с ней? _____

Много ли серьезных связей вы имели за последнее время? _____

Как долго они продолжались? _____

И/или Вы более склонны к большому количеству коротких связей? _____

Вы встречаетесь (живете) с тем же человеком, о котором Вы рассказывали во время нашей прошлой беседы? _____

Имеете ли Вы сексуальные отношения? _____

Насколько по 10-ти бальной шкале они удовлетворяют Вас или есть какие-то проблемы? _____

Употребляете ли Вы и/или Ваш партнер алкоголь или наркотики во время секса? _____

Как Вы относитесь к совмещению секса и алкоголя? _____

Общие вопросы.

В целом, как у Вас дела? _____

Как Вы сейчас оцениваете свою жизненную ситуацию (по 10-ти бальной шкале)? _____

С какими заботами или проблемами Вы столкнулись за последний год? _____

Что улучшилось? _____

Попробовали ли Вы себя в новых сферах деятельности? Приобрели ли новые интересы? _____

Совершили ли Вы какие-нибудь важные приобретения? _____

Каково нынешнее состояние Вашего здоровья? Физическое? Эмоциональное? Психологическое? _____

(по 10-ти бальной шкале)

Если произошли какие-либо важные перемены, то какие и когда? _____

Совершали ли Вы какие-либо путешествия за последний год? _____

Есть ли что-то, чего Вы ждете с особенным нетерпением? _____

Когда это должно произойти? _____

Беседовали ли вы с врачом, психологом, консультантом или священнослужителем по поводу употребления Вами алкоголя? _____

Когда это произошло? _____

Обращались ли Вы за медицинской помощью из-за проблем, вызванных употреблением алкоголя? _____

Когда это произошло? _____

Алкоголь.

Насколько сильно по 10-ти бальной шкале употребление Вами алкоголя Вас на настоящий момент беспокоит? _____

Считаете ли Вы себя человеком, зависимым от алкоголя?

_____ Если «Да», то с какого времени Вы так о себе думаете?

Что (кто) убедило Вас в этом? _____

Если «Нет», то как Вам удается избежать зависимости? _____

Как часто (в среднем) за последний год Вы пьете? _____

Когда Вы выпиваете, какова Ваша обычная доза? (за последний год)

Какое максимальное количество алкоголя Вам доводилось выпить за один раз? (за последний год) _____

Как часто Вы выпивали свою максимальную дозу? (за последний год)

С нашего последнего разговора Вы стали принимать алкоголь в больших или меньших количествах, чаще или реже? _____

Со времени завершения Вами программы «Качество Жизни» как изменилось Ваше потребление алкоголя? _____

Насколько важным для Вас (по 10-ти бальной шкале) было получение профессиональной помощи по поводу Вашей проблемы с алкоголем? _____

Вы принимаете алкоголь в компании тех же людей, других, или в одиночестве? _____

Если произошли какие-то перемены, пожалуйста, расскажите о них подробнее и укажите, когда они произошли? _____

Пытались ли Вы за последний год сократить количество принимаемого алкоголя? _____

Испытывали ли Вы за последний год раздражение, когда кто-либо критиковал Вас за пьянство? _____

Испытывали ли Вы за последний год чувство вины в связи с выпивкой? _____

Приходилось ли Вам за последний год начинать утро с приема алкоголя с целью привести себя в норму? _____

Как Вы теперь расслабляетесь, снимаете напряжение? _____

Случалось ли Вам за последний год прекращать принимать спиртное?

Почему? _____

На какой срок? _____ Почему Вы возвращались к употреблению? _____

Или почему Вы воздерживаетесь от алкоголя? _____

Были ли у Вас в последний год периоды тяжелого употребления? _____

Редкого употребления? _____

Воздержания? _____

Периоды бесконтрольного употребления? _____

Когда произошли эти изменения? _____

С чем Вы сами связываете эти изменения? _____

Если Вы вернулись к проблемному употреблению алкоголя, пожалуйста, объясните, почему. _____

Со времени нашего последнего разговора Вы употребляли какие-нибудь наркотики? _____

Какие? _____

Когда? _____ Как часто? _____

Какой модели употребления этого (этих) наркотика (ов) Вы придерживаетесь? _____

Со времени нашего последнего разговора Вы играли в азартные игры?

Вы планируете продолжать употреблять алкоголь? _____

Как Вы относитесь к своей нынешней модели употребления алкоголя?

Вы удовлетворены? _____

Вы считаете, что употребляете слишком много? _____

Вам хотелось бы употреблять больше? _____

Почему? _____

Сколько по Вашим подсчетам у Вас было трезвых дней за последний год? _____

Насколько сильно по 10-ти бальной шкале употребление Вами алкоголя Вас беспокоит? _____

Напишите еще что-то, что, по Вашему мнению, нам еще надо про Вас знать _____

2.7 Список литературы.

1. Дудко Т. Н. ФГУ ННЦ наркологии Росздрави. «Реабилитация наркологических больных на современном этапе». Доклад СПб.: 1 апреля 2010. Взято с сайта <http://www.narcom.ru/presentation12/index.html>
2. Егоров А. Ю. О кризисе в наркологии и возможных направлениях аддиктологии//Психическое здоровье. 2006. № 9. С. 33–37.
3. Егоров А. Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии//В кн.: Наркология и аддиктология. Сб. науч. трудов/Под ред. проф. В. Д. Менделевича. Казань: Школа. 2004. С. 80–88.
4. Зобин М. Наркологическое лечение. Переосмысление целей. Взято с сайта <http://www.narcom.ru/publ/info/840>
5. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. Сост. Бурковский Г. В. и др. СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998.
6. Интервью Хьюман Райтс Вотч с Н. Иванцом. Москва, 7 марта 2007 г.
7. Клиническое руководство по психическим расстройствам./Под ред. Д. Барлоу. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 912 с.: ил.
8. Крупицкий Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины./Сборник аналитических очерков и статей «На пути к профессиональной наркологии». Москва, 2008, стр. 31–34.
9. К. Ван Дер Бент Когнитивно-поведенческие методы в профилактике срывов и рецидивов. Взято с сайта <http://www.narcom.ru/publ/info/850>
10. Менделевич В. Д. «Риторические вопросы о кризисе современной российской наркологии». Взято с сайта <http://www.narcom.ru/ideas/socio/172.html>
11. Олейник С. В. Наркологическая служба России глазами пациентов./Пенза. 2007, стр. 21.
12. «Право на реабилитацию: проблемы лечения наркозависимости в Российской Федерации с точки зрения международных стандартов» Доклад Хьюман Райтс Вотч. 2007. 110 с. Взято с сайта <http://www.hrw.org/ru/reports/2007/11/07>
13. «Стратегия ЕС по поддержке государств-членов в деятельности по снижению вреда, обусловленного потреблением алкоголя». Комиссия Европейского сообщества. Взято с сайта <http://www.narcom.ru/publ/info/843>
14. «Этический кодекс российского врача». Взято с сайта: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/EthCodRF.htm>

15. Barclay G. A, Barbour J. Stewart S., Day C. P., E. Gilvarry E. Adverse physical effects of alcohol misuse. The Royal College of Psychiatrists. 2008.
16. Finney J. W., Hahn A. C., Moos R. H. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment of alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects//Addiction. – 1996. – P. 1773–1796.
17. Luty Jason. Какие методы наиболее эффективны в лечении зависимости от психоактивных веществ? Опубликовано: *Advances in Psychiatric Treatment* 2003; 9: 280–288. Взято с сайта <http://www.psyobsor.org/1998/28/8-1.html>
18. Luty Jason. Какие методы наиболее эффективны в лечении расстройств, связанных с употреблением алкоголя? Опубликовано: *Advances in Psychiatric Treatment* 2006; 12: 13–22. Взято с сайта: <http://www.psyobsor.org/1998/30/7-1.html>
19. Miller, W., Walters, S.T. & Bennett, M.E. (2001) How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211–220.
20. Peele S. Why do controlled-drinking outcomes vary by investigator, by country and by era? Cultural conceptions of relapse and remission in alcoholism//*Drug and Alcohol Depend.* – 1987. – Vol. 20. – P. 81–155.
21. Rosenberg, H. (1993) Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129–139.
22. Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., et al (1984) Random assignment to abstinence and controlled drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390–403.
23. Swift R. M. Лекарственная терапия алкогольной зависимости//Обзор современной психиатрии. – 2001. – Вып. 3. – С. 61–70.
24. Vaillant, G.E. (1983) *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
25. Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., Feldhege, F.J., Schulze, B. & Krauthahn, G. (1982). Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger. In H. Vollmer & S. Kraemer (Hrsg.), *Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger* (S. 45–78). München: Röttger.

Раздел VI.

Глава 1.

Амбулаторная реабилитационная программа для созависимых «Резонанс».

Тумольская Е.А.

«Резонанс» является амбулаторной информационно-просветительской, и реабилитационно-психокоррекционной программой для помощи лицам, обратившимся по поводу проблем связанных с созависимым стилем поведения.

1.1 Программа «Резонанс» история создания, основные элементы и практический опыт.

В наркологический диспансер приходят доведенные до отчаяния люди, которые на себе испытали все трудности жизни с алкоголиком или наркоманом. Причем не редки случаи, когда в семье один из партнеров злоупотребляет алкоголем, плюс кто-то из родственников старшего поколения страдает этим недугом. Предпринятые попытки как-то повлиять на это не дают никаких результатов. И тогда обращение в диспансер за психологической помощью расценивается как последний шанс что-то изменить.

На первичном приеме речь идет о химической зависимости как о болезни, о схожести этого заболевания и состояния созависимости, о группах самопомощи для родственников наркоманов и алкоголиков (Ал-Анон и Нар-Анон). Эти группы применяют разработанную алкоголиками духовно ориентированную программу «12-шагов». Но поскольку ситуация в семьях зачастую критическая, то помощь, которую можно получить на группах поддержки, бывает недостаточна. Появляется потребность в повторных консультациях для решения вопросов, что делать в том или ином случае. Актуальной становится необходимость организовать психокоррекционные занятия, где можно глубже разобраться в проблеме и найти приемлемый способ ее решения.

Пути развития групповой работы с созависимыми.

Возвращаясь к группам для работы с созависимостью, следует сказать, что их развитие в области наркологии идет в нескольких направлениях:

- классическая психокоррекционная работа при минимуме структуры с учетом специфики проблемы химической зависимости и ситуации, которая чаще критическая, чем вялотекущая;
- обучающая, четко структурированная тренинговая с проработкой различных сложных ситуаций, потенциальных или уже произошед-

ших с выражением чувств по этому поводу, с использованием процедур для осознания и более полного понимания себя и близкого;

- группы встреч, где происходит углубленная работа по «12-шаговой» программе в сочетании с неглубокой психокоррекцией.

Иногда, это сочетание элементов последних двух направлений – структурированная группа, где происходит углубленная работа по «12-шаговой» программе.

Как появилась идея создать программу для созависимых «Резонанс»?

Как появилась идея создать программу именно в таком виде: психокоррекционная группа и группа работы по шагам? Раньше мы занимались последним синтетическим видом групп, по большей части оттого, что они, как кажется, дают наибольший эффект, который можно наблюдать в виде конкретных изменений в ее участниках и измерить количественным составом группы и ее популярностью. Такое сочетание вполне результативно и жизнеспособно. И кроме этого, усиливая с одной стороны эффект влияния посещаемых участниками групп самопомощи, с другой – позволяет избежать издержек догматического крена и эксплуатации постулатов «12-шаговой» системы.

Классические терапевтические группы хороши по-своему, они весьма эффективны для созависимых в тех случаях, когда подбирается достаточное количество так называемых «продвинутых» участников, которые:

- уже вышли из шокового или кризисного состояния в связи с болезнью близкого и его разрушительным поведением,
- весьма хорошо осведомлены об особенностях химической зависимости,
- владеют достаточной информацией о том, как поступать в критической ситуации, как помочь в этом случае близкому и себе, не теряя здравомыслия,
- обладают достаточным количеством энергии и хорошо мотивированы на работу с собственными проблемами,
- имеют достаточно средств, чтобы платить за терапию.

То есть, решены важнейшие задачи первого этапа преодоления созависимости.

Обоснование такого выбора групповой работы.

Возвращаясь к терапевтическим группам, нужно добавить, что для участия в них человек должен демонстрировать определенную готовность и осознавать хотя бы некоторые из своих потребностей, кроме желания, чтобы выздоравливал близкий. И для этой подготовки как

раз и предназначены смешанные тренингово-терапевтические группы встреч. Вот такой симбиоз, который теоретически не существует, а практически – вполне допустим и реален. Надо заметить, что результативней в этом оказался, на наш взгляд, Гештальт-подход с его принципами:

- «здесь и теперь»;
- осознание отношений клиент – терапевт;
- разделение ответственности за изменения;
- баланс фрустрации и поддержки;
- исследование сопротивления;
- обращение к трем функциям Self: Id, Ego, Persona.

Даже если работа идет только в данный момент с одним из участников, а остальные члены группы наблюдают за процессом взаимодействия ведущего и клиента, никак его не комментируя, одного этого часто достаточно, чтобы начались изменения и у других членов группы. Важным моментом является использование взаимодействия между членами группы, поощрение их на прямые контакты друг с другом. Любые происходящие в группе события имеют значение для всех ее членов и требуют внимания, таким образом, все участники вовлекаются в групповой процесс и попадают под влияние индивидуальной работы.

Гештальт-терапия вполне совместима с исследованиями групповых процессов и групповой динамики. Поведение каждого индивида в группе может выявить специфику межличностных отношений в целом, и участники следует побуждать к тому, чтобы они проявляли активность.

Основные теоретические и концептуальные понятия Гештальт-подхода при индивидуальной работе – соотношение фигура/фон, осознание и сосредоточенность на настоящем, защитные функции, зрелость и ответственность – переносятся и на работу групповую. Каждый используемый руководителем группы технический прием должен направлять участников к достижению состояния здорового функционирования и полной аутентичности. Когда руководитель настраивает членов группы на осознание процессов, которые происходят в их внешних и внутренних зонах, способность участников адекватно взаимодействовать с собой и со своим окружением возрастает, становится возможной идентификация «незаконченных ситуаций», а также эффективное разрешение связанных с ними проблем. Каждый проводимый эксперимент стимулирует организмические процессы и способствует достижению зрелости.

Группа может служить средством психологической поддержки участников, в которой очень нуждаются люди созависимые. Как люди сверхответственные, они зачастую берут всю вину на себя за то, что происходит

с их больными. И в тех случаях, когда выздоровление не наступает, они приходят в отчаяние, начинают ощущать себя «плохими» родителями или супругами. Новые члены группы поначалу испытывают чувство одиночества, неуверенности и уязвимости. В группах для созависимых не стоит ждать, когда атмосфера сочувствия сложится сама по себе, ее следует формировать целенаправленно, применяя специальные упражнения.

Группа создает условия для осознания участниками переживаемого ими «здесь и теперь» опыта. Это весьма важный момент при работе с созависимыми, так как этим людям особо сложно удержаться в настоящем. Они полны переживаний по поводу прошлых ошибок, приведших на их взгляд к болезни близкого, и страхами за будущее, которое им рисуется мрачным и бесперспективным. Ведущий активно работает с одним участником, а остальные способствуют приобретению им значимого опыта. Группа приобретает значение для этого человека, оказывая ему поддержку или вовлекая его во взаимоотношения, и может служить основой для получения участниками опыта в рамках принципа «здесь и теперь». Работа члена группы на «горячем стуле» стимулирует других участников к идентификации с ним или другими участниками конфликта и непосредственного обращения друг к другу. Это необходимо как возможность взглянуть на свою ситуацию глазами другой стороны. Иногда, в течение одного занятия удается поработать на горячем стуле не с одним, а с несколькими участниками.

Члены группы могут выступать как активные соучастники индивидуальной работы, внося в нее элемент драматизации. Они могут играть либо те роли, которые придумывают сами себе, либо те, которые им поручает ведущий. Их задача, в таком случае, состоит в том, чтобы сделать более насыщенным текущее переживание того, кому они помогают.

Члены группы фокусируют внимание на групповом аспекте получаемого ими опыта, и тогда групповые проблемы выходят для них на первый план. Участники научаются сами задавать друг другу вопросы о нуждах и потребностях, давать друг другу обратную связь, разрешать межличностные конфликты, оказывать взаимную помощь – все это независимо от ведущего. Это очень важное приобретение для людей созависимых, так как они часто оказываются в состоянии полной неосознанности своих потребностей, неспособности просить о помощи, они не знают, что чувствуют и чего хотят.

Характерные для таких групп процедуры можно, в соответствии с их функциями, разделить на несколько категорий. Эти процедуры применяют для:

- развития способности осознания;
- интеграции полярностей;
- облегчения доступа к чувствам;
- работы с фантазиями и снами;
- развития чувства ответственности;
- преодоления сопротивления.

Развитие способности осознания – происходит в результате концентрации внимания участников на осознании попеременно то внешней, то внутренней зон без интерпретации и оценки. Трудности создают помехи средней зоны. В результате участники приобретают умение четко отличать то, что происходит на самом деле, от того, что они представляют.

Интеграция полярностей. По гештальт-теории все то, что мы воспринимаем как борьбу с другими, обычно отражает подобный конфликт внутри нас. Гештальт-методики побуждают человека выделить обе стороны своего внутреннего конфликта с помощью других участников группы, включая и ту, которая обычно отрицается или не осознается по причине ее травмирующего характера. Как только оба полюса полярности оказываются осознанными личностью, ей становится легче интегрировать их. С помощью техники «пустого стула» обе стороны внутреннего конфликта получают равные возможности и могут вести диалог, цель которого – воссоздать процессы формирования и завершения гештальта.

Облегчение доступа к чувствам. Облегчение доступа к чувствам происходит в результате осознания чувств, их анализа и полного выражения. Это необходимо, так как, во-первых, на подавление «отрицательных» эмоций тратится значительная часть энергии и становятся недоступными эмоции позитивные. Во-вторых, при открытом выражении чувств обнажаются крайние стороны любого внутреннего конфликта, что облегчает процесс интеграции различных аспектов личности. В-третьих, развивается способность осознанно использовать эмоции при общении и построении отношений. В-четвертых, позволяет людям созависимым различать множество оттенков своих эмоций и видеть жизнь во всем многообразии ее проявлений, а не только исключительно в черном цвете. Одной из методик развития способности к проявлению чувств является разыгрывание ролей (часто намеренно несоответствующих и непривычных для данного участника), позволяющее открыто выражать репрессированные эмоции, а также постоянное обращение ведущих к участникам с вопросами, позволяющими осознавать чувства, которые имеют место в настоящий момент. Все описанное происходит в атмосфере эмпатии и поддержки со стороны ведущих.

Работа с фантазиями и снами. По мнению Ф. Перлза, сны являются самым спонтанным продуктом нашего существования, свободным от влияния рассудка. Все фигуры сновидения – фрагменты личности, которые были ею отторгнуты. Работа со сновидениями и фантазиями в гештальт-группах включает два процесса: перенос их на реальную почву и возвращение личности тех ее фрагментов, которые были спроецированы на вымышленные образы.

Развитие чувства ответственности. Механизмы развития любого невротического состояния связаны с неспособностью человека полностью отвечать за себя. Гештальт-терапия меняет эти искаженные формы восприятия личностью себя и других, воздействуя на коммуникативное поведение и структуру речи членов группы. Для этого большое внимание уделяется тому, чтобы каждый участник прямо обращался к другим членам группы и к ведущему. Ведущему необходимо замечать случаи, когда участники группы используют местоимения «Вы» и «Мы» вместо «Я», и помогать заменять неопределенность, составляющую сущность слияния и нарушенное функционирование при интроекции и проекции, на адекватный контакт с окружением. Необходимо внимательно следить за использованием ими таких конструкций, как «мне нельзя», «мне необходимо», «мне следует» и просить их заменять на: «я не буду», «я хочу», «я решил». Таким образом, члены группы учатся брать на себя ответственность за свои мысли, действия и чувства. Созависимые находятся в патологическом слиянии со своими близкими, действительно часто употребляя местоимение «Мы» вместо «Он» или «Она», поэтому важным аспектом работы с ними является прерывание конфлюэнции.

Преодоления сопротивления. В группе, сопротивление участника может проявиться в его отказе выполнять предлагаемые упражнения, в повторяющемся не желании делать домашнее задание. При этом могут быть предъявлены вполне достойные причины для этого. Но, тем не менее, это один из признаков сложившихся отношений между ведущим и пациентом. Оно показывает, какими способами участник мешает своему свободному функционированию, прерывает контакт. Возникшее сопротивление необходимо использовать для расширения самоосознания клиента, анализа причин нежелания и неспособности клиента что-либо сделать или пережить. Также сопротивление можно увидеть в том, как участник группы прерывает возникновение и проявление негативных чувств, и таким образом ограничивает свободу действий. Это весьма важный момент в работе с созависимыми, так как они находятся в состоянии практически полного не осознания собственных желаний и чувств, а значит,

не могут опираться на них в случаях, когда нарушаются их права и границы. Они не в состоянии конструктивно выражать свой праведный гнев в ситуациях конфликта с близкими людьми, а это наносит вред не только самим созависимым, но и их большим родственникам.

Особое место в программе занимает постулаты «12-шаговой» программы. В самих шагах много духовных моментов и опоры на внешние Высшие Силы, что приносит облегчение и снимает груз непомерной ответственности буквально за все. Причем, в качестве Высшей Силы каждый сам себе выбирает достойный объект. После принятия того факта, что далеко не все подвластно его воле, человек становится способным отличать то, что он в силах изменить, а что нет, и направлять усилия в том направлении, где это оправдано.

Что мы делали для того, чтобы программа могла начаться.

Ресурсы позволяли разделить на два различных занятия, первоначально объединенных в одном, концепцию психокоррекции с учетом специфики созависимости и изучение шагов. И сделать это не для противопоставления двух направлений, различных по жанру и задачам, а для того, чтобы они полнокровней дополняли друг друга, внося каждый свои элементы в общую картину осознания глубины собственной созависимости и ее проявлений.

Важным этапом подготовки работы является прояснение целей. Без этого практически невозможно более-менее слаженно организовать процесс, особенно в условиях двух разнохарактерных групповых занятий: не ясно, куда движемся, зачем и что для этого надо. Цель должна быть сформулирована в позитивных терминах и в одной фразе. Она должна быть понятна не только организаторам, но и участникам, не должна обещать им невозможного, но и не отпугивать. Достижение цели должно быть реальным и мотивирующим, а сама она должна быть экологичной, т. е. не должна идти в ущерб участникам или их близким, должна согласовываться с их жизненными ценностями.

Для работы с группой такого типа необходимыми являются следующие требования к составу специалистов: 1–2 психолога, 1–2 специалиста по социальной работе, 1 социальный работник. Кроме этого, обязателен опыт преодоления собственной созависимости и знание «12-шаговой» программы.

С кем мы работаем.

Программа рассчитана на людей, которые имеют большие затруднения из-за того, что их жизнь тесно связана с химически зависимым человеком, другими словами, на созависимых. В самом этом слове кроется

то, в чем такие люди нуждаются больше всего. Они ощущают себя полностью зависимыми от того, что происходит с их близкими, и отвечающими за это. Пытаясь взять ответственность за жизнь другого человека, они уже перестают отвечать за то, что происходит в их собственной жизни. Помочь понять, что их химически зависимые мужья, жены или дети могут начать выздоравливать, когда почувствуют ответственность за свою жизнь, – весьма достойная миссия. А для этого необходимо осознать, что собственная жизнь не менее важная и ценная, чем жизнь близкого, что каждый пишет в книге своей истории сам.

Таким образом, появилась центральная тема программной деятельности – тема принятия: себя ли, другого ли, ситуации ли. А также повышение своей значимости и ценности. Группа для этого, как нельзя, кстати, подходящее место. Людей, которые обращаются за такого рода помощью, объединяет две колоссальные проблемы, это:

- сложности с установлением значимых отношений;
- поддержание собственной ценности (самооценка).

Самооценка относится к решению человека о том, чего он в действительности стоит, как говорил Салливан: «...«Я» состоит из отраженных оценок». Человек многое интернализует из воспринятых отношений окружающих к нему в процессе взросления и опирается на это как на некоторую стабильную характеристику самооценности. Но это не единственное, на что он ориентируется. На него оказывает влияние в большей или меньшей степени оценка, даваемая ему окружающими на данный момент. Особенно важна для него оценка группы, к которой он принадлежит. В данном случае, в состоянии созависимости, человек даже в большей степени ориентирован на внешнюю оценку его самого и стремится сделать все, что в его силах, и даже сверх того, чтобы понравиться. При этом к себе он относится крайне негативно. Чаше встречаются расхождения в оценках следующего рода (как подметил Ялом в книге «Теория и практика групповой психотерапии»): группа думает о человеке лучше, чем он сам думает о себе. В ситуации такого диссонанса участник, пытаясь устранить расхождение, пробует снизить внешнюю оценку путем демонстрации собственных недостатков. В условиях терапевтических групп эта практика парадоксальным образом дает обратный эффект, а именно – повышение внешней оценки, и повышает принятие участника группой. А сам участник, благодаря этому, имеет возможность пересмотреть и изменить свою низкую оценку. Получая, таким образом, опыт принятия себя группой, он становится более способным принять себя, а, значит, и другого.

Принципы взаимодействия между членами команды.

Прояснение того, как каждый из членов команды видит цель всей работы, и выработка общих ценностей – это очень важная, но не единственная задача подготовительного этапа. Здесь важно еще на берегу понять, какой концепции созависимости придерживается каждый из ведущих. Сформулировать единое представление о созависимости пока не представляется возможным. Трудно отрицать, что созависимый человек демонстрирует весьма схожие симптомы, свойственные людям химически зависимым. Но в чем корни этих симптомов, пока научных подтверждений не существует. По аналогии с тем, что химическая зависимость как заболевание считается хронической, прогрессирующей и смертельной, у многих специалистов появляется искушение говорить о созависимости тоже как о таком же заболевании – хроническом, рецидивирующем, прогрессирующем и т.д. Это нельзя ни подтвердить, ни опровергнуть.

Некоторые придерживаются мнения о том, что созависимость – болезнь хроническая со всеми вытекающими отсюда последствиями: признаки ее будут проявляться всю оставшуюся жизнь, избавиться от них совсем не представляется реальным. Можно только поддерживать себя в достойной форме. В этом месте гипотеза заболевания смыкается с другим представлением о созависимости, как о естественной и логичной, но непродуктивной реакции человека на злоупотребление психоактивными веществами близким человеком. В самих качествах, по которым можно определить созависимость, нет ничего предосудительного, они даже порой очень хороши и считаются в нашей культуре весьма достойными уважения. Все дело в том, что они наличествуют у людей созависимых в такой степени, что причиняют вред, как самому носителю этих качеств, так и окружающим. Наши пороки – продолжение достоинств. И где грань, когда происходит такая метаморфоза, определить не представляется возможным. А значит и определить то, возможно ли избавление полное и окончательное от созависимости или нет. Похоже, что степень созависимости измеряется критерием того, насколько ее признаки являются проблемой для самого человека и его окружения. В общем-то, здесь опять весьма явная параллель с химической зависимостью. Где эта норма, какие последствия или их отсутствие надо иметь в наличии, чтобы понять, это уже проблема или еще не стоит беспокоиться. Если выпивки привнесли в собственную жизнь серьезные затруднения в любой сфере моего существования (физической, психологической, социальной, духовной), то стоит задуматься. То же и у созависимых. И в та-

ком случае, есть ли необходимость совсем избавляться от присущих им качеств, если их проявление не вредит самому человеку и окружению. Ведь, в сущности, все люди в той или иной степени взаимозависимы. Каждый человек не остров.

Проговорить свои позиции по этому вопросу необходимо еще до начала работы программы. Во-первых, потому, чтобы это не оказалось неприятной неожиданностью для самих ведущих в дальнейшем. Во-вторых, для того, чтобы не прикидываться перед участниками, что в команде полная любовь и взаимопонимание и никаких разногласий, а совсем наоборот, разногласия есть и взгляды отличаются. Но это не мешает мирно сотрудничать, а наоборот, помогает не просто декларировать возможность совместного существования различным представлениям, но и на практике показывать способы и варианты разрешения таких ситуаций.

Еще о чем мы условились до начала работы, так это о часовой подготовке непосредственно перед занятием, обратной связи друг другу после каждого занятия, обсуждении проведенной группы. Обратная связь должна быть конструктивной, выражаться по возможности в позитивном ключе (как это сделать лучше) и через выражение собственных чувств, без оскорблений и ярлыков.

Требования к членам команды.

Кроме общих этических норм терапевтов, которые занимаются групповой деятельностью, к ведущим группы созависимых предъявляются еще некоторые специфические, такие, как:

- Если в семье или в окружении ведущего есть проблемы химической зависимости, то ему рекомендуется посещение групп самопомощи Ал-Анон или Нар-Анон, а отсюда вытекает следующее условие.
- На таких группах неизбежны контакты с теми, кто посещает занятия. Есть большая вероятность столкнуться с желанием у некоторых участников получить помощь и внимание от ведущего вне работы, возможно даже обсудить чувства, которые вызывает у него кто-то из членов группы или другие ведущие, завязать более тесные и близкие отношения. Важно разграничить свои роли и не вступать в терапевтические отношения на группах самопомощи, не обсуждать с этим человеком то, что происходит на группе вне рамок занятия. Возможно, здесь стоит подумать о создании групп поддержки и самопомощи Ал-Анон или подобных ей для работающих с группой.
- Цель занятий – помочь участникам взять ответственность за то, что происходит с ними, и осознать значимость себя и своей жизни, нау-

читься заботиться о себе, обрести навык грамотно и конструктивно выражать сложные чувства. Поэтому ведущие группы должны в достаточной мере уметь брать на себя ответственность за свои действия и их последствия, уметь заботиться о себе, быть моделью для участников желательного поведения. Это значит, что для ведущего необходимо осознавать свои чувства и мысли в процессе работы и быть готовым выражать их. Это призывает участников группы также выражать свои мысли, испытывать и демонстрировать переживания, открывает им путь самовыражения и работает на достижение цели занятий. Надо признаться, весьма непростая задача.

- Поскольку, большинство ведущих имеют собственный опыт преодоления созависимости и работы на группах самопомощи, то велико искушение поделиться этим опытом. Такая возможность не исключается, и в ней есть большой позитивный потенциал, но важно при этом не превращать группу в трибуну и место решения собственных проблем. Моменты самораскрытия должны соответствовать происходящему в группе, а время, которое они занимают, не должно расходоваться за счет участников.
- Ведущий должен уметь хорошо настраиваться на себя и на работу в группе, видеть, насколько он готов в данный момент к ее проведению, достаточно ли энергии и энтузиазма, насколько уверен сейчас в профессиональном плане. Этим желательно поделиться с соведущими перед началом занятия. Если овладеть этим навыком, то гораздо тоньше можно настроиться и на группу.

Качества ведущего играют огромную роль в групповом процессе, и какую бы его личность не была, она во многих отношениях лучший терапевтический инструмент, который можно использовать как часть индивидуального стиля, опираясь на собственную уникальность и особенность в большей степени, чем на техники.

Другой важной задачей ведущего является развитие способности рисковать и доверять своей интуиции. Страх совершить ошибку может тормозить этот процесс настолько, что будут упущены удачные возможности для проведения той или иной интервенции. Ведущим необходимо избегать имиджа сверхчеловека в глазах участников и в случаях, когда они совершают ошибки, лучшее, что можно сделать, это признать факт неудачи. Слишком сильно переживать по поводу собственных ошибок совершенно бесполезно. Развитие спонтанности предполагает готовность к тому, что будут и ошибки, и неудачи, а это требует смелости и готовности признавать их.

Отчеты по проведенным занятиям.

Еще одним немаловажным пунктом работы является описание занятия после его проведения, небольшой отчет о том, что было, какая цель данного занятия, какие методики и упражнения применялись, что происходило с участниками группы, как чувствовали себя ведущие. Это необходимо для того, чтобы все ведущие в случае отсутствия были в курсе:

- что было на предыдущем занятии,
- в каком состоянии была группа в целом и отдельные ее участники,
- как взаимодействуют члены команды в процессе работы,
- как выходят из затруднительных положений.

Отчет состоит из следующих пунктов:

- План занятия.
- Количество участников и, по возможности, кто именно присутствовал
- Кто вел группу.
- Что было хорошо.
- Что могло быть лучше.
- Характер группы.
- Динамика группового процесса.

Следующие пункты заимствованы из книги издательства «Питер» в серии «Практикум по психотерапии» Дж. Кори, М. Кори, П. Колланен, Дж. М. Рассел «Техники групповой психотерапии»:

- Ощущения от группы.
- Как я чувствовал себя во время работы.
- Что мне нравится в группе сейчас.
- Что мне больше всего запомнилось во время сессии.
- Как на меня влияет каждый из участников.
- Насколько я был вовлечен в работу.
- Если были неудачи, то, что мешало успешно вести группу.

Составные части программы «Резонанс».

Реабилитационная программа для родственников алкоголиков и наркоманов «Резонанс» начала свою работу 11 ноября 2002 года сроком на академический год. Занятия проходят дважды в неделю (терапевтическая группа и шаговая) по 2.5 часа вечерами. Группа открытая и бесплатная.

Общая цель программы:

- Осознание ценности себя, своей жизни и принятие ответственности за нее.

Цель шаговой части – осознание ограниченности своих возможностей и необходимости обращения к 12 шагам как к инструменту решения проблем, связанных с алкоголизмом или наркоманией близких.

Задачи этого направления программы (вытекают из структуры и содержания «12-шаговой» программы Ал-Анона):

- признать собственное бессилие перед проблемой;
- увидеть признаки неуправляемости в своей жизни;
- осознать потерю здравомыслия и контроля над собой;
- осознать необходимость вернуть здравомыслие для поиска конструктивного решения проблем;
- признать существование Силы, более могущественной, чем я;
- ощутить собственное бессилие в некоторых ситуациях, но не беспомощность;
- увидеть возможности выхода из состояния безнадежности с помощью Высшей Силы.

Цель психокоррекционной части программы – помочь перенести фокус внимания с больного химически зависимого близкого на себя.

Задачи психокоррекционной группы (вытекают из признаков проявления созависимости):

- осознать проявление признаков созависимости в своем поведении;
- увидеть проявления контролирующего поведения, способы манипулирования в общении с близким и заменить их открытым честным общением;
- осознать отрицание наличия у себя проблемы, возникшей из-за болезни близкого;
- увидеть характер навязчивых мыслей и одержимость чужими затруднениями;
- осознать ответственность за свою собственную жизнь;
- осознать себя как личность, достойную уважения и любви;
- понять факторы, которые влияют на самооценку, и способы ее повышения;
- обрести опыт позитивного мышления;
- познакомиться с собственными чувствами и обрести навыки конструктивного выражения сложных чувств (гнев, вина, обида, страх и т. д.);
- осознать необходимость изменения направления заботы;
- овладеть навыками снятия напряжения;
- осознать свои истинные потребности, желания, способности и возможности;

- увидеть границы собственной личности и осознать способы их оставления.

Обе части программы предполагают домашние задания в виде опросников, тестов или списков тем и вопросов, над которыми следует подумать, а затем они обсуждаются на занятии. Также возможны задания: понаблюдать за своим поведением в течение недели до следующего занятия, может быть, обратить внимание на некоторые свои реакции на события. Или опробовать новое поведение и осмыслить то, что при этом происходит и что меняется.

По процессу шаговая группа проходит в более жестких рамках и ограничена кругом вопросов, предлагаемых для обсуждения. Это регламентировано содержанием первых трех шагов в «12-шаговой» программе. Именно их изучением ограничена работа в шаговой группе. Основные процедуры – это:

- обсуждение круга вопросов, касающихся шагов, как проявляются принципы этих шагов в жизни;
- осознание своих чувств, связанных с этим;
- разминки, релаксационные упражнения игры-«бодрячки».

Участники программы, как люди созависимые, относятся и к такого рода активностям весьма серьезно и ответственно. Они ищут и находят-таки большой скрытый смысл в любой даже самой простой игре.

Психокоррекционная часть программы в плане процессуальных приемов обладает более широкими возможностями. Здесь и шире круг обсуждаемых вопросов, и больше времени можно посвятить чувствам, вызванным как теми событиями, которые происходят вне занятий, так и чем-то происходящим на группе, а также большую роль приобретают и более уместны психологические упражнения и, конечно, разнообразные игры: «ледоколы», «бодрячки» и релаксационные. В шаговой группе также возможно широкое применение психологически нагруженных упражнений, которые бы могли способствовать более глубокому осознанию и приводить к неожиданным инсайтам.

Если сводить воедино методы работы в психокоррекционной части программы, то можно отметить следующие техники:

- обсуждение вопросов и различных тем, связанных с осознанием и преодолением созависимости;
- предоставление некоторой информации по обсуждаемой теме;
- участие в психологических упражнениях в парах и тройках, работа в малых группах;
- проведение направленных медитаций;

- использование методов гештальтподхода;
- осознание: супрессивное – избегание чувств;
- экспрессивное – усиление переживания;
- инициация действия;
- завершение действия;
- минимизация;
- домашние задания;
- работа с телом;
- работа с рисунком: выражение тех чувств и состояний, которые трудно выразить словами и перенос реальных своих частей на бумагу;
- работа с горем;
- работа со страхом;
- участие в обратной связи.

Блоки тем психокоррекционной группы вырисовываются из многочисленных задач этой части программы. Они могут быть следующими:

- «Отрицание». Надо учесть то, что здесь приходится иметь дело не столько с отрицанием проблемы употребления близким, а с отрицанием того, что у самого созависимого серьезные затруднения из-за употребления алкоголя или наркотиков его родственником. Другими словами, что он здесь, на группе, не для того, чтобы спасти близкого, а для того, чтобы спасти себя.
- «Контроль». Этот блок посвящен осознанию созависимым человеком своей одержимости контролировать то, что не поддается никакому контролю: болезнь близкого. При этом он полностью теряет способность управлять своей жизнью.
- «Манипулятивный стиль поведения». В этой теме важное место лежит в плоскости понимания того, что любой стиль поведения может быть манипулятивным, если мотивом является заставить другого действовать правильным, на мой взгляд, образом и при этом я не говорю об истинных своих желаниях.
- «Чувства». Очень важный раздел. Многие созависимые приходят в состоянии полной эмоциональной замороженности, другие застревают в такой связке: вина – обида – гнев. Все сопровождается бесконечной тревогой. В любом случае это не способствует их собственному развитию и развитию конструктивных отношений с окружающими, а жизнь становится безрадостной и плоской. Важным аспектом работы в этом месте становится задача помочь участникам программы обнаружить у себя весь спектр чувств, как позитивных, так и неприятных, дать возможность в безопасных условиях попробовать различ-

ные способы их выражения и найти для себя приемлемый.

- «Принятие». Поскольку важнейшей целью занятий является то, чтобы участники ощутили свою собственную жизнь ценной и значимой, то в работе не избежать темы принятия: принятие себя со всеми как негативными качествами, так и позитивными, принятие другого, ситуации.
- «Отстранение». У созависимых есть одно трудно истребимое качество – залипание на чужих проблемах. Они находятся в частичном или полном слиянии с близким человеком, потеряна способность разделять где, чьи проблемы. В этом плане им необходима серьезная помощь в понимании проблемы слияния, а затем и в осуществлении эмоционального отделения от объекта зависимости.
- «Границы». Говорить об отстранении и не упомянуть при этом про границы, это значит сделать дело наполовину. Созависимые часто не имеют никакого понятия о своих правах как личности и уж тем более, как и когда они позволяют окружающим нарушать их. Осознав это на занятиях, поняв, по каким признакам можно увидеть нарушение границ, они там же могут получить первый опыт конструктивного построения барьеров.
- «Доверие». В этом блоке идет речь не только о работе с доверием группе, ведущим, но и Высшей Силе (см. 2-й и 3-й шаг программы «12-шагов»). Один из главных блоков реабилитационной программы, без которого трудно представить хоть какой-нибудь мало-мальски зримый результат. При отсутствии доверия другим участникам группы или ведущим участники не будут открываться, и работать, а без доверия Высшей Силе, как предлагает «12-ти шаговая» программа, становится проблематичным какое-либо отстранение, смирение (ничего общего с пассивностью и опущенными руками) и способность предоставить событиям идти своим чередом.

Нормы и правила программы «Резонанс».

- Начинаем и заканчиваем вовремя.
- Конфиденциальность – не разглашать того, о чем говорят другие участники на занятии и что там с ними происходит.
- Говорить о себе и от первого лица.
- Говорить по-одному (в эфире звучит только один голос!).
- Правило «пас» – каждый участник имеет право отказаться от участия в упражнении или игре.
- Правило «стоп» – каждый участник имеет право отказаться отвечать на какой-нибудь вопрос, и сам регламентирует глубину своей работы.

- Обратную связь выражать с помощью чувств, не давая оценок, советов, не навешивая ярлыков.
- Не допустимы физическое и эмоциональное насилия.
- Отключать мобильные телефоны.

Это первоначальный вариант. Затем были добавлены еще два правила, оказавшиеся весьма необходимыми:

- Вопросы религии не обсуждаются.
- На группу приходиться «чистым» (трезвым, и не употреблять перед занятием транквилизаторы).

На первом занятии необходимо собрать список ожиданий. Как правило, ожидания от занятий у тех участников, которые уже имеют опыт посещения групп самопомощи, касаются изменений в собственном состоянии. У тех же, кто такого опыта не имеет, фокус внимания сосредоточен на близком зависимом. Вот некоторые из них:

- «Надеюсь получить успокоение, конкретные советы, как вести себя с сыном, чтобы он осознал пагубность своего поведения» (участница со стажем 1.5 года посещения групп Ал-Анон и Нар-Анон).
- «Я искала что-нибудь для себя помимо групп самопомощи и лекций про химическую зависимость. Возможно, ваши занятия – это как раз то, что мне нужно сейчас» (участница со стажем 3 года посещения Ал-Анон и Нар-Анон).
- «Меня беспокоят трудности общения с людьми и с моим больным сыном, а также моя низкая самооценка. Хочу научиться участвовать в диалоге, а не только слушать или только говорить» (участница со стажем 2 года посещения групп самопомощи).
- «Я не могу найти нужных слов при разговоре с сыном о его проблеме чрезмерного употребления алкоголя и предпочитаю вообще об этом не говорить, как будто это меня не волнует, а на самом деле я об этом только и думаю» (участница со стажем 4 года в программе «12-шагов»).
- «Я совсем не знаю себя и не могу понять в каждый момент времени, что со мной происходит. Хочу осознанно принимать решения, а не просто реагировать» (участница со стажем 4,5 года в программе «12-шагов»).
- «На группах Нар-Анон я поняла, что помочь дочери смогу только тогда, когда отстранюсь от нее. А я не знаю, как это сделать» (участница со стажем 0,5 года в Нар-Аноне)
- «Я пришла на занятия, потому, что встретила человека, который с помощью такой программы вылечил себя и своего отца от алкоголизма.

Я очень хочу помочь своему мужу» (опыта посещения групп самопомощи нет).

- «У меня муж алкоголик, а дочь употребляет наркотики. Группы самопомощи не для меня. Я была там несколько раз и всегда уходила оттуда с гнетущим ощущением. И все-таки, я понимаю, что самой мне не справиться» (участница слабо знакомая с программой «12-шагов» и группами самопомощи).
- «Мой больной сын давно уже не живет с нами, но мое состояние от этого не стало лучше. Отделившись от него физически, я все еще остаюсь привязанной к нему эмоционально. Хочу почувствовать себя свободной и не зависимой от того, что происходит с сыном» (участница со стажем 2,5 года в Ал-Аноне).

Иногда мы используем в этом месте упражнение – направленная медитация «Пожелание друга» (Фопель «Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего»). Методика работает даже в группах слабо или совсем не знакомых между собой людей. Мы предлагаем представить членам группы своих близких или друзей, для которых было бы важно, чтобы они посещали эти занятия, а затем рассказать, что те могли бы им пожелать: каких успехов, достижений, изменений.

Структура занятия.

- Круг чувств (часто с добавлением ассоциации своего состояния с различными предметами, погодными явлениями, растениями, животными, цветом, игрушкой, сказочным героем, книгой, мелодией и т. д.).
- Информационный блок по теме занятия или обсуждение текста странички из книги Мелоди Битти «День за днем из созависимости» (книга построена в виде высказываний-медитаций на каждый день года), либо то и другое.
- Обсуждение домашнего задания.
- Упражнение по теме занятия.
- Обсуждение упражнения.
- Игра.
- Заключительный круг чувств.
- Домашнее задание.

Как это происходило на самом деле.

Поскольку, целью деятельности в данной программе является стремление помочь тем, кто к нам обращается, а именно, созависимым, осознать ценность себя и своей жизни и взять за нее ответственность, то надо признать тот факт, что наибольшего эффекта в этом можно добиться, если члены нашей группы будут в состоянии на занятиях, в безопасной

обстановке принятия их как ведущими, так и другими членами группы, открыто выражать свои мысли, чувства, говорить о своих негативных качествах и поступках. Будучи принятыми окружением, люди становятся более способными быть самим собой, принимать себя такими, какие они есть. Это в свою очередь сказывается на повышении самооценки и ощущении собственной значимости и способствует тому, что человек с большей ответственностью начинает относиться к своей жизни, принимает решения и претворяет их в жизнь без ложного стыда и вины.

То, что было хорошо.

Чтобы стало возможным достижение поставленной цели программы, большую часть работы необходимо направить на создание атмосферы принятия и доверия в группе. Ощутимый результат заметен, как правило, к 10–12 занятию, тогда есть вероятность констатировать высокий уровень открытости и сплоченности группы. Доверие трудно достичь в открытой группе. Этот вопрос неизбежно идет сквозной нитью через всю программу, и на достижение доверия, тратится значительно больше энергии, чем в закрытых группах. Для этого важны не только эмпатия и принятие участников ведущими, но и высокой степени конгруэнтность и открытость самих тренеров. Здесь важна способность тренеров признавать свое несовершенство и право на ошибку.

Если проводить общий обзор проведенных занятий с целью выявить, что способствует, кроме работы с доверием, позитивным результатам, то стоит остановиться на следующих моментах:

- конгруэнтный подбор упражнений к теме занятия и домашние задания, обсуждаемые темы логично связаны друг с другом и обсуждение каждой из них подготавливает участников к работе со следующей;
- все участники программы получают возможность работать в кругу;
- информационный блок получает достойное место в структуре занятия;
- появление на занятии новых, совсем не готовых к работе членов группы не должно тормозить процесс, но является предметом работы для всей группы;
- тренинговый характер некоторых занятий помогает участникам практически применить новые формы поведения дома;
- важно плавно с продуманными связками без рывков и скачков переходить от темы к теме в рамках одного занятия;
- важным является проживание конфликтной ситуации на группе, поэтому не следует избегать или обходить возможность получения опыта конструктивного выхода из конфликта;

- необходимо поддерживать баланс поддержки и фрустрации со стороны ведущих;
- если ведущие становятся более спонтанными и естественными, больше доверяют друг другу в процессе ведения группы, меньше подвержены страху совершить ошибку, то больше шансов, что и с участниками будет происходить тоже самое.

Что могло быть лучше и вопросы, над которыми стоит подумать.

Для того, чтобы ведущим понимать, какова реальная степень вовлеченности, доверия, сплоченности, а также для того, чтобы сами участники осознавали это свое состояние и имели возможность говорить о нем, стоит чаще проводить блиц-опрос в конце встречи по оценке своего собственного участия в каждом занятии, например, попросить членов группы построиться в шеренгу по степени включенности в занятие, активности, по степени «наполненности» и т. д., и затем обсудить.

Информационный блок, где бы его место ни было в структуре занятия, лучше по возможности либо строить в форме беседы с участниками, включая вопросы к ним по ходу лекции, либо устраивать небольшое обсуждение после поданного материала. Это исключает до некоторой степени ошибки восприятия информации, становится понятным, что тронуло участников, как в них отзывается то, что они услышали. Для того, чтобы это стало возможным, необходимо хорошее владение информацией ведущими. Кроме этого, такое построение встречи помогает выйти на обсуждение темы занятия или домашнего задания.

Группа для участников бесплатная. В этом есть плюсы (см. выше). Но при этом неизбежны следующие издержки: то, что члены группы не вносят плату за занятия, влияет на степень мотивированности участников (правда, не всегда), а также это заставляет их скрывать свое недовольство тем, что делают ведущие.

Для большинства созависимых характерно состояние всепоглощающей жалости к себе, неудовлетворенность во внимании к собственным переживаниям, поэтому на группе они часто прибегают к такой форме привлечения внимания и скрытой просьбе о помощи, как продолжительные рассказы о той тяжелой ситуации, в которой они находятся. Не стоит долго позволять им сидеть в этом, лучше обратить их внимание на то, чего они, таким образом, хотят добиться и уже рискнуть попросить об этом прямо и открыто. Это непростая задача для терапевта, потому что ситуации действительно очень серьезные, а порой и опасные. Важно осознавать, что простыми повествованиями об этом никаких изменений не добиться. Необходимо очень хорошо чувствовать, ког-

да стоит позволить поделиться бедственным положением, а когда надо прервать рассказ.

По этой же причине, если соблюдать правило баланса фрустрации и поддержки, то следует учесть, что чем больше поддержки терапевт дает клиенту, тем больше при этом необходимо и фрустрировать. Решаясь на такое количество поддержки, надо осознавать, готов ли я как терапевт на такое же количество фрустрации.

В начале программы, может быть, стоило чаще использовать игры и разминки для снятия напряжения. Хотя, возможно, некоторых новичков и более серьезно настроенных участников можно при этом не досчитаться.

Лучше как можно раньше, например, на предварительной встрече, говорить о рекомендациях участникам программы для извлечения большей пользы из наших занятий. И, увы, к ним часто приходится возвращаться во время работы.

Необходимо подумать над моментом заключительного круга чувств в конце каждого занятия. Может быть, его необходимо разнообразить и включать в эту процедуру техники самооценки, типа «Каким вы сейчас себя видите в группе?» или «Если вы продолжаете оставаться прежним, то как вы будете себя ощущать на последней сессии?» и т. д. И еще один вопрос, который требует внимания. На последнем круге чувств возможно появление некоторого запоздалого отклика на то, что происходило на занятии. Поскольку, мы приветствуем выражение эмоций, то очень рады и такому их проявлению, но только, на мой взгляд, нет нужды завязывать здесь диалог между несколькими участниками в форме обратной связи на высказывания одного из них. Нет ничего страшного, если все ограничится только напрямую выраженным чувством, без какого то ни было ответа на это. Мы же призываем их учиться не отвечать за чувства другого человека.

В начале работы нашей программы было оправдано более активное вмешательство ведущих и более жесткое и структурированное управление процессом. Это подтверждалось частыми моментами замешательства и недоумения со стороны участников, они оказывались в состоянии непонимания того, что от них ожидают ведущие.

Порой сильная включенность в происходящее со стороны ведущих мешала гибкости и способности увидеть другую перспективу. Необходимо отслеживать подобные состояния, осознавать, с чем они связаны и, по возможности, делать попытки некоторой диссоциации от ситуации.

Как организовать работу с занудными участниками? Необходимо сде-

лать гласными те чувства, которые он вызывает. И это о-о-очень сложная задачка...

Особый вопрос – агрессивный участник на группе. Понятно, что это предмет работы и для него самого и для других членов. Вероятно, существуют люди, которым не показана групповая работа. Они вынуждены играть вечную роль катализатора, ускоряющего процесс выражения чувств. И, действительно, у многих после этого эпизода как будто открылся клапан, который удерживал их чувства в плену. А сами эти «агрессоры» часто блуждают, как пилигримы, с группы на группу и сетуют, что никто не в состоянии им помочь.

Игра «Путаница» хороша, когда участников не больше 12–14 человек. С большим количеством людей лучше проводить эту игру двумя командами, можно даже устроить соревнования.

На группах созависимых ведущему очень легко скатиться на позицию гуру, и тогда вся работа превратится в ответы на вопросы участников о том, как вести себя в той или иной ситуации. Важно вовремя осознать этот момент и вернуть вопрос тому, кто его задал. Искусство ведущего как раз и заключается в том, чтобы участники находили сами ответы на свои многочисленные вопросы, тогда это становится ценностью и приносит радость. Причем, ведущим не меньше.

Домашние задания необходимо разбирать на занятии, пусть не всегда подробно, но хотя бы спросить, что вызывало трудность. Иначе, участники теряют интерес к его выполнению. В какой-то момент мы обнаружили, что большинство перестали делать его дома, т. к. несколько занятий мы пропускали обсуждение домашнего задания.

Необходимо очень внимательно относиться к тем участникам, которые вызываются добровольцами для демонстрации, например, какого-нибудь упражнения или техники. Особенно, если группа многочисленная. Их надо довести «до конца» и не бросать с теми чувствами, которые они в тот момент переживают. Это двойная нагрузка: с одной стороны – эмоции, связанные с домашней ситуацией, с другой – это то, что они переживают обстановку «сцены».

Если в команде ведущих не все члены имеют опыт проведения подобных групп, есть шанс от страха, что менее опытные партнеры совершат ошибку и испортят всю работу, все взвалить на себя, либо без конца поправлять своих коллег. Другая крайность, которая проистекает из того же страха, – вообще не вмешиваться, когда какую-то часть работы ведут ваши ко-терапевты. Все это повод для супервизии и для работы самого ведущего со своим терапевтом.

Итоги.

- Количественный состав группы практически стабильный – есть костяк из 10–12 участников и человек 5–6 ходят непостоянно, в этом числе и новенькие, некоторые из них больше не появляются на группе, другие остаются.
- Возможна работа одновременно нескольких участников, и они подключаются к процессу сами, без побуждения к тому со стороны ведущего.
- Члены группы охотнее фокусируются на том, что происходит с ними здесь-и-теперь».
- Общение происходит не через ведущего, а участники чаще обращаются друг к другу.
- Участники все больше оказываются в состоянии осознавать свои потребности и брать на себя ответственность за их удовлетворение, как на занятии, так и вне группы.
- Возникает спонтанность в проявлениях желаний.
- Можно отметить у многих участников повышение контакта с самим собой, доверия к себе и способности экспериментировать с различными моделями поведения.
- Возрастает способность к самораскрытию, меньше потребности играть роли обратная связь по большей части – честная, заботливая, откровенная и полезная.
- Укрепляется сплоченность и доверие в группе, растет проявление заботы и уважения друг к другу, что вдохновляет на более глубокое самоисследование.
- Появление способности у некоторых участников не только «поглаживать» друг друга, но и делать неприятные высказывания о том, какое поведение другого не нравится и как оно влияет на отношения.

Глава 2.

Приложение № 1. Программа «Резонанс».

2.1 Базовый курс терапевтической группы.

Подготовка ведущих перед занятием.

- Насколько я чувствую себя готовым к ведению группы.
- Чувствую ли я, что подхожу для этих участников, как ведущий.
- Хочу ли я работать с этой группой сейчас.
- Достаточно ли во мне сил и энтузиазма для сегодняшнего занятия.
- Насколько успешной я нахожу свою личную жизнь сегодня? Насколь-

ко то, что сейчас у меня происходит в личной жизни, отвлекает меня от работы и влияет на нее?

- Делаю ли я в своей жизни то, что жду от участников группы?
- Уверенно ли я себя чувствую в профессиональном плане сегодня?
- Верю ли я в групповой процесс или просто делаю то, чему меня учили?
- Какие групповые процессы на данной стадии развития группы я сейчас наблюдаю?
- Чего хочу добиться на предстоящем занятии?
- Получается ли у меня следить за своими чувствами и мыслями, чтобы использовать их в работе?
- Какие эмоции переживаю я в данный момент?
- Какие мысли мною владеют сейчас?
- Выполнял ли я те упражнения и задания, которые предлагаю участникам группы?
- Готов ли я обсуждать те чувства, которые у меня вызывает соведущий? Уважаете ли вы друг друга? Доверяете ли? Делает ли большую часть работы кто-то один? Как распределены роли между вами?
- Как связать предстоящее занятие с предыдущим?

Оценка и описание группового занятия для ведущих.

- что на занятии было хорошо;
- что могло быть лучше;
- ощущение от группы, занятия;
- что нравится в группе сейчас;
- мои чувства на группе;
- что запомнилось;
- моя вовлеченность;
- что мешало вести группу;
- как влияют на меня отдельные участники группы;
- как происходило взаимодействие соведущих;
- как я вижу действия моих коллег на занятии и при обсуждении;

Техника самооценки участников.

(Предлагать участникам не ранее, чем через месяц начала программы).

- Каким вы видите себя сейчас в группе.
- Как ощущаете свое участие? Как оцениваете его? Ваш вклад в работу группы?
- Если вы не будете больше меняться с этого момента, то, как будете себя ощущать в конце цикла занятий?
- Что вам больше всего понравилось в вашей работе сегодня?
- Если вы уклонялись от работы на группе, то, как вы это делали? Как

вы готовы поступить в дальнейшем?

- Что вам хочется больше всего изменить в вашем нынешнем поведении? В состоянии?

Анкета самооценки участия.

Вопросы для обсуждения на группе перед завершающим кругом чувств (включать в структуру занятия не раньше, чем через месяц начала работы программы).

Оценить свое участие на занятиях по 5-бальной системе от 1 (почти никогда) до 5 (почти всегда):

1. Я стараюсь быть активным членом моей группы.
2. Я готов лично включиться в работу группы и поделиться своими текущими проблемами.
3. Я считаю, что готов попробовать новые способы поведения в этой группе.
4. Я стараюсь выразить свою реакцию на происходящее в группе.
5. Я могу сказать о том, что мешает или может помешать, мне чувствовать себя в группе в безопасности.
6. Я даю знать другим, как они воздействуют на меня в каждый конкретный момент времени.
7. Я представляю ясно свои задачи и то, что хочу получить от группы.
8. Я внимательно слушаю других участников и ведущих и прямо им отвечаю.
9. Я делюсь своим восприятием других, давая им обратную связь; говорю, какими я их вижу, и как они на меня воздействуют.
10. Я в состоянии заявить о своих страхах, сомнениях, тревогах, касающихся участия в работе группы.
11. Я готов участвовать в упражнениях.
12. Я охотно посещаю занятия.
13. Я могу поддержать других, не занимаясь их спасением.
14. Я активно участвую в создании доверительной атмосферы в группе.
15. Я готов выслушать и осмыслить то, что говорят мне другие участники группы о моем поведении, не оправдываясь и не защищаясь.
16. Я пытаюсь приложить уроки, полученные в группе, к жизни за ее пределами.
17. Я отмечаю и выражаю мои реакции по отношению к ведущим.
18. Я не навешиваю ярлыков ни на себя, ни на других членов группы.
19. Я не расспрашиваю других и не даю советов.
20. Я беру на себя ответственность за то, что получаю от группы, и за то, что упускаю.

Первое занятие.

Представление программы.

Амбулаторная программа «Резонанс» для родственников зависимых людей, т. е. созависимых.

- Представление ведущих.
- Временные рамки программы.
- Структура программы:
 1. психокоррекционная часть;
 2. шаговая часть.

Цель программы:

1. Помочь перенести внимание участников с больных близких и переключить его на собственную жизнь.
2. Осознать ценность себя, своей жизни и взять за нее ответственность.

Нормы и наши ожидания от участников:

- позволять себе быть открытым, а значит быть уязвимым, говорить о себе;
- выражать свое мнение, мысли, чувства, переживания;
- прямо просить о помощи, о том, в чем нуждаются;
- занимать время для решения своих проблем;
- говорить окружающим, как они влияют на них, выражать свою реакцию на происходящее в группе;
- с уважением к отличному от собственного мнения вступать в конфликты (спорить уважительно);
- принимать самостоятельные решения;
- быть «здесь и теперь».

Структура занятий:

- начальный круг чувств – высказывания участников о своем состоянии на данный момент;
- зачитывание и обсуждение страницы из книги («День за днем из созависимости» Мелоди Битти, «День за днем в Ал-Аноне», «Лучший путь» Анонимные семьи, «Мужество меняться», «День за днем в Ал-Атине»);
- обсуждение домашнего задания по малым группам;
- упражнение на тему занятия с обсуждением;
- игра;
- заключительный круг чувств – высказывания участников о своем актуальном состоянии.

Правила и нормы группы:

1. Конфиденциальность – не разглашать информацию о других участниках группы.
2. Начинать и заканчивать вовремя.
3. Отключать мобильные телефоны.
4. Не допустимы физическое и эмоциональное насилие.
5. Опоздавший входит, стараясь не привлекать к себе внимание и садится за кругом. Присоединиться к группе можно по приглашению ведущего.
6. Вопросы политики и религии не обсуждаются.
7. Обращаться друг к другу на «ты».
8. При желании высказаться – поднять руку. Перед высказыванием – представиться (необходимое условие при многочисленной открытой группе)
9. Не перебивать. В каждый момент времени говорит только один человек.
10. Обратную связь давать с помощью чувств, без оценок, суждений, советов, ярлыков.
11. Желательно говорить о себе, от первого лица (чувства, мысли, действия).
12. Правило «пас» – каждый имеет право отказаться от участия в упражнении или игре. Правило «стоп» – каждый участник имеет право не отвечать на какой-либо вопрос ведущего.
13. В день посещения занятий не употреблять спиртных напитков, наркотиков, не заниматься самолечением снотворными препаратами, транквилизаторами или другими веществами, изменяющими сознание. Если есть назначение врача, необходимо сообщить об этом ведущим.
14. Для новичков обязательна консультация у одного из ведущих.
15. Новичкам не рекомендуется на первом занятии задавать вопросы. Ответы на них можно получить по окончании занятия и на консультации.
16. Если нужно уйти с занятия до его окончания, необходимо сказать об этом на первом круге чувств.
17. На занятие приносить сменную обувь или бахилы. Убирать за собой стулья по окончании занятия.

Задачи психокоррекционной части программы:

- осознать степень собственной созависимости, ее проявления и признаки (контроль, манипуляции, одержимость проблемами другого человека);

- почувствовать себя личностью, достойной уважения, любви и начать заботиться о себе;
- повышение собственной самооценки;
- познакомиться с собственными чувствами и обрести навыки выражения сложных чувств (гнев, вина, обида, страх, тревога и т. д.);
- овладеть навыками снятия напряжения;
- осознать свои истинные потребности, желания, способности и возможности;
- увидеть границы собственной личности и осознать способы их отстаивания.

Темы:

- созависимость;
- контроль;
- манипуляции;
- язык ответственности;
- чувства;
- потребности;
- самооценка;
- принятие;
- границы.

Техники и процедуры:

- обсуждение;
- психологические упражнения;
- работа в парах и малых группах;
- медитативные упражнения;
- игры;
- домашние задания.

Шаговая часть программы (см. ниже раздел «Шаговая часть программы»).

Представление участников:

- имя;
- что привело на занятия;
- где узнали о программе;
- есть ли опыт групповой работы;

Рекомендации для участников:

- литература;
- дневники;
- группы самопомощи;
- индивидуальные консультации;

Упражнение «Интервью» (около 15–20 мин.).

В броуновском движении по комнате находить себе пару и брать интервью друг у друга по следующим вопросам (3 вопроса из представленных здесь на выбор ведущих). Ответы только на эти вопросы, без расширения:

- имя;
- что значило прийти сюда;
- что думали о предстоящей работе;
- чему хочется научиться;
- кто заинтересован в том, чтобы вы посещали эти занятия;
- с чем в своей жизни вы пытаетесь справиться в настоящее время.

Пару несколько раз поменять.

Домашнее задание:

«Письмецо в конверте». Написать письмо, обращаясь к себе, с пожеланиями изменений по окончанию программы.

Раздать тесты по созависимости для психокоррекционного занятия и шагового

для психокоррекционной группы тесты 1 или 2 на выбор ведущих:

- «Степень созависимости».
- «Оценка созависимости».
- «Если вы...».
- «Вопросы по самодиагностике созависимости».

Для шаговой группы:

- «Шкала созависимости».
- «Тест на созависимость».

2–3 занятие.

Созависимость.

Правила и нормы. Повторить сейчас, и потом каждый раз, когда появляются новички.

Вопросы для первого круга чувств:

- О чем думали, когда шли на занятие, о чем думают сейчас.
- О чем думают, что чувствуют сейчас.
- Если состояние сейчас сравнить с ландшафтом, то какой он.
- Погода в душе (какая погода отвечает нынешнему эмоциональному состоянию).
- Животное.
- Цветок.
- Дерево.

Обсуждение странички:

- Из книги «День за днем из созависимости» М. Битти:
- 1 ноября, 3 ноября, 13 ноября, 20 октября, 11 октября
- Из книги «Лучший путь» АС:
- 10 ноября, 13 ноября, 10 октября.
- Из книги «День за днем из Ал-Анона»: 12 октября.

Игра «Снежный ком» (по необходимости).

По малым группам вопросы самодиагностики созависимости (работа с тестами).

Обсуждение в большом круге.

Упражнения на тему:

1. «Сделай это по-другому» (только для психокоррекционной группы).
2. Сидя на стуле.
3. Сесть нога-на-ногу (привычным образом, а затем по-другому).
4. Скрестить руки (как обычно, а затем...).
5. Сцепить пальцы в замок (привычным способом; обратите внимание, большой палец, какой руки находится сверху; затем наоборот).

Встать:

1. Поза Наполеона (руки скрестить перед грудью, опора на привычную ногу, затем непривычным способом).
2. Прищурить глаз (посмотреть в подзорную трубу привычным глазом, затем другим).
3. Написать в воздухе свое имя привычной рукой, затем другой – фамилию.
4. Развести в стороны руки, затем скрестить на плечах (сначала одна сверху, привычно, затем наоборот).
5. Помахать рукой в приветствии (сначала той рукой, какой вы это делаете всегда, затем другой).
6. Поаплодировать (привычным способом, затем необычно для себя).
7. «Разожми кулак».
8. «Слепец – поводырь».
9. «Человек – покрывало» (только для терапевтической группы).

Игры:

- «Тра-та-та – пулемет...».
- «Цепочка».
- «Два роя пчел (ж-ж-ж и з-з-з).
- «Импульс по кругу».

Заключительный круг чувств. О чем думают сейчас? Что чувствуют сейчас?

Домашнее задание. «Модели поведения» (раздаточный материал).

4–5 занятия.

Модели поведения. Треугольник Карпмана.

Вопросы для первого круга чувств:

- Цвет.
- Угощение.
- Аромат.
- Звук.
- Прическа.
- Книга.
- Овощ.
- Фрукт.
- Одежда.

Странички для обсуждения по теме:

- Из книжки «День за днем из созависимости»:
- 16 ноября, 6 декабря, 10 октября.
- Из книжки «Лучший путь» АС:
- 10 ноября, 5 ноября, 20 сентября,
- 9 декабря (спасательство).
- Из книжки «Мужество меняться»:
- 29 ноября.

Информация по треугольнику Карпмана (спасатель, жертва, преследователь) с акцентом на умение различать «спасательство – помощь»).

Обсуждение домашнего задания (модели поведения).

Наблюдение за своим поведением и заполнение таблицы.

Собы- тие	Делаю я		Делает другой		Физические ощущения, чувства	Какую свою потребность удовлетворяю	Результат	Кто отвечает за ре- зультат
		%		%				

Домашнее задание «Контролирующее поведение» (раздаточный материал).

6–9 занятия.

Контроль. Манипуляции.

Вопросы для круга чувств:

- Что (кого) контролировали сегодня?
- Что (кого) контролировали на занятии?
- Кого (что) собираетесь контролировать по дороге домой, сегодня вечером и т. д.?
- Под чьим контролем ощущали себя в течение недели? Сегодня? Сейчас?
- Чьего контроля стараетесь избегать?
- Я сегодня больше контролер или контролируемый?

Странички для обсуждения на эту тему:

- Из книжки «День за днем из созависимости»:
- 27 ноября, 4 декабря, 5 февраля, 15 февраля, 30 ноября, 14 октября, 5 мая, 25 марта и 27 апреля (перед медитацией «Волшебная палочка»).
- Из книжки «Лучший путь» АС:
5 февраля, 28 октября, 15 июля, 21 июня (к теме «Манипуляция»),
1 сентября, 5 декабря, 31 августа, 28 октября, 11 сентября 11 сентября
(к медитации «Волшебная палочка»), 12 декабря, 21 мая, 5 февраля,
10 ноября (к треугольнику Карпмана), 14 апреля, 5 ноября (к завершению темы Контроль).

Информация по теме «Манипуляции».

Медитация «Волшебная палочка».

Упражнения по теме:

- «Начальник – подчиненный» (только для психокоррекционной группы) – в парах участники договариваются, кто будет начальником, кто подчиненным. Затем «начальник» дает указания, какой рисунок должен сделать подчиненный. Затем участники меняются ролями.
- «Дублер» (только для психокоррекционной группы) – в тройках участники договариваются, кто будет играть роль «спрашивающего», «кто ответчик» и кто «дублер». «Спрашивающий» задает вопросы, которые касаются личности «отвечающего», но за него отвечает «дублер». Затем участники в тройке меняются ролями так, чтобы каждый попробовал себя во всех ипостасях.
- «Бег в резинке» (только для психокоррекционной группы) – участники выбирают себе пару, каждой паре выдается резинка длиной около 2-х метров соединенная в кольцо. Пара встает внутрь кольца и договаривается, кто на ближайшие 3 минуты будет ведущим, кто ведомым. Затем участники меняются ролями. По истечении следующих 3-х минут ведущий предлагает новые условия: в паре нет ни ведущих, ни ведомых.

- «Машина времени» (только для психокоррекционной группы) – ведущий просит выйти в центр круга 8 или 10 (обязательно четное количество) участников и предлагает им совершить путешествие во времени. Оно может состояться только в том случае, если решение будет принято единогласно. Им нужно решить, в будущее или прошлое они отправятся, и в какое время. Задание для остальных участников группы за кругом – наблюдать за происходящим, рефлексировать свои чувства и обращать внимание на способы манипуляций.
- «Отвечай за себя» (только для психокоррекционной группы).

Построиться молча:

1. в круг;
 2. по росту;
 3. в квадрат;
 4. треугольник;
 5. в два отдельных круга;
 6. в два concentрических круга;
- «Слепец – поводырь».
 - «Скульптор».
 - «Разожми кулак».
 - «Марионетка» (в тройках) – участникам предлагается в тройке договориться, кто будет исполнять роль «марионетки», кто – кукловода. Задание: перевести куклу от одной стенки помещения до другой.
 - «Человек – покрывало» (только для психокоррекционной группы) – один из ведущих садится в центр круга под покрывалом. Участникам предлагается ситуация, в которой их близкий человек также недоступен для контакта, как сейчас и этот ведущий в центре. Их действия. У ведущего под покрывалом задание: выбраться наружу только в том случае, если он действительно почувствует желание это сделать.

Игры:

- «Цепочка».
- «Молекулы».
- «Черные шнурки» (в любых вариантах).
- «Путаница» (можно как соревнование между двумя командами при группе более 12 человек).
- «Красная Шапочка» (только для психокоррекционной группы).
- «Импульс по кругу».
- «Движение с угрожающим объектом».

Домашнее задание. «Контролирующее поведение» (раздаточный материал).

10 занятие (как правило, праздничное).

Круг чувств – новогодний костюм, который соответствует состоянию, настроению чувствам сейчас.

Страничка для обсуждения по теме:

- Из книжки «День за днем из созависимости»:
- 24 декабря, 25 декабря, 26 декабря.
- Из книжки «День за днем в Ал-Аноне»:
- 31 декабря.
- Из книжки «Лучший путь» АС:
- 18 декабря, 31 декабря.

Упражнения:

- «Новогодний рисунок» – передавать по кругу листки, на которых участники рисуют что-то новогоднее, радостное, зимнее, праздничное, морозное, грустное, веселое, неожиданное, теплое, отдых и т. д.
- «Подарок по кругу» (виртуальный).
- «Табу» (в коробке в центре круга лежит то, что «нельзя»).
- «Ключи» (передавать по кругу связку ключей, выбирать один ключ для того, ЧТО Я СЕЙЧАС ЗАКРЫВАЮ, другой ключ для того, ЧТО НА ДАННОМ ЭТАПЕ ОТКРЫВАЮ).

Игры:

- «Салки – обнималки».
- «Перемигивания».
- «Цифра – группа».
- «Гомеостаз» (пересчитаться в произвольном порядке; если одновременно говорят больше одного человека, начинать сначала).
- «Вопрос – ответ» (с мелкими предметами).

Медитация:

- «Богач, бедняк, волшебник».
- «Заброшенный сад».
- «Волшебный магазин».
- «Потерявшийся».
- «Выступление на радио».

Домашнее задание. «5х5» – написать по 5 пунктов того, что отмирает (в жизни, в характере, в поведении, в реакциях и т. д.) и что нарождается.

11–13 занятие.

Промежуточный итог.

Страничка для обсуждения из книги:

- Из книги «День за днем из созависимости»:
1 января, 9 января, 15 января.

А также по теме «Наличие проблемы»:

11 июня, 28 июня, 16 февраля, 21 августа, 4 января, 20 октября, 27 апреля, 27 июля, 4 декабря, 6 августа.

• Из книги «Лучший путь» (АС):

19 апреля, 12 декабря, 31 августа, 21 мая, 11 сентября, 28 октября, 16 апреля.

Обсуждение домашнего задания. «5х5».

Разъяснение «Рекомендаций для участников группы» (1 и 2 часть на разных занятиях).

Информация по навязчивым мыслям.

Медитации:

- «Корзина проблем».
- «Заброшенный сад».

Упражнения:

- «Эхо».
- ««Плюсы» и «Минусы» наличия проблемы» (цель: определить, какую потребность удовлетворяет наличие данной проблемы) – только для хорошо подготовленной группы!

Игры:

- «Слон, пальма, крокодил» (в 2-х вариантах).
- «Рука к руке».
- «Летний дождь» (в 2-х вариантах).
- «Слон, тигр, мышь» (только для психокоррекционной группы).

Домашнее задание:

- План работы над прошедшим занятием (раздаточный материал).
- Рекомендации для участников группы (раздаточный материал).
- Для работы с навязчивыми мыслями (только для хорошо подготовленной группы):
 - Отследить 2–3 чаще всего встречающиеся навязчивые мысли.
 - Отметить, когда и по какому поводу возникают, в какое время дня.
 - Какова реакция на нее.
 - Быстро ли уходит или надолго остается.
 - Выделить сферу деятельности или жизни вообще, которую затрагивает эта мысль.
 - Определить, связано ли это с особенностью состояния физического или эмоционального (усталость, тревожность, голод); уходит ли мысль, если устранить эти факторы.
 - Записать, что дают вам эти мысли (список: польза и вред).
 - Негативный список рассмотреть с точки зрения пользы.

– Если пользу найти не получается, то работать с навязчивой мыслью как в упражнении «Эхо» или по принципу «Выключения радио» (звучит громко 2 раза, затем звук постепенно затихает и исчезает совсем).

Для работы по медитации «Корзина проблем»: составить список проблем на сегодняшний день и классифицировать их с точки зрения следующей схемы:

- моя проблема или нет;
- могу ли ее перепоручить или нет;
- можно ли ее отложить на время (срочность решения);
- сейчас актуальна (с этими проблемами работать по схеме: список «+» и «-» от наличия проблемы, затем «-» от плюсов и «+» от минусов для того, чтобы определить, какую потребность удовлетворяет наличие данной проблемы, и найти здоровый способ удовлетворить данную потребность).

14–15/16 занятие.

«Язык ответственности».

Страничка для обсуждения по теме из книги:

- «День за днем из созависимости»: 11 декабря.
- «День за днем в Ал-Аноне»: 17 января, 23 января.
- «Лучший путь» (АС): 2 марта, 13 августа.

Информация по теме «Язык ответственности».

Упражнения на правила языка ответственности (в парах).

- О переживаниях используя только личные местоимения я, мне, мое – ситуация обиды: участники по очереди вспоминают ситуацию обиды на близкого и выражают свои чувства сначала так, как делают это обычно, затем используя правило «я-высказывания».
- Использование союза но (и, вместе с тем, и даже если, и даже тогда, хотя, и в тоже время, и все-таки, и между тем...) – ситуация, когда близкий сделал что-то не вполне качественно: участники по очереди выражают свои чувства, пользуясь союзом «но» (например, «ты сделал это ... хорошо, но... совершил ошибку, или что-то не доделал, или сделал это поздно и т. д.); затем то же и с использованием вышеперечисленных соединительных слов.
- не могу/не буду, не хочу, отказываюсь, не готов – ситуация, когда сделать не получается то, что было бы полезно, например, «я не могу ему отказать». Произносить фразу с применением «не могу», затем вместо этого использовать подходящее по смыслу «не буду», «не хочу», «отказываюсь», «не готов».

- мне надо/я хочу – список того, что мне надо, произносить сначала то, что надо, затем – «я хочу...», осознать, насколько второй вариант соответствует состоянию.
- я должен/я выбираю, я решил, я буду – список того, что я должен, произносить сначала то, что «должен», затем вместо «должен» «я выбираю...», «я решил...», «я буду...», осознать, насколько второй вариант соответствует состоянию.

Домашнее задание (после первого дня занятий по этой теме).

- Представить человека, с которым сейчас не складываются отношения, есть невысказанные чувства, а от этого напряжение и трудности в общении. Записать на бумаге или на диктофон обращение к нему по этому поводу так, как вы делаете это обычно. Затем перевести это на язык ответственности.
- «Язык ответственности» (раздаточный материал).

Игры:

- «Дождик».
- «Бодрячок».
- «Движение с угрожающим объектом» (только для психокоррекционной группы) выбрать себе кого-то из группы, кто бы представлял для вас Угрозу и начинать двигаться по комнате с учетом того, где находится этот объект; затем найти кого-то, кто бы мог стать вашей Защитой от Угрозы и продолжать движение так, чтобы Защита была между вами и Угрозой.

16–20 занятия.

Блок «Чувства». Вводная часть.

Странички для обсуждения по теме:

- «День за днем из созависимости»:
 - 15 декабря, 16 декабря и 19 ноября (к теме «Принятие чувств» и Треугольник «Мысли-действие-чувства»), 20 ноября (к упражнению «Что ты хочешь для себя»), 19 ноября, 24 февраля (к упражнению «Если бы я мог выразить чувство...»), 7 января и 14 января (к теме «Гнев»), 15 июля и 27 марта (к теме «Манипуляции с помощью чувств»), 11 января (Манипуляция с помощью вины), 30 июля (Принятие чувств), 3 апреля (Принятие чувств), 6 октября, 23 октября, 18 ноября (к упражнению «Что ты хочешь для себя»), 15 апреля, 7 июля, 30 июля, 15 августа, 7 января и 8 января («Ранящие чувства и отказ чувствовать»).
- «Лучший путь» (АС):
 - 9 февраля (к теме «Принятие чувств»), 10 июля (к теме «Гнев»), 19 февраля (к теме «О чем говорят мне мои чувства»), 10 сентября, 29 октября, 10 августа (к теме «Банк гнева»).

- «Ал-Атин»:
 - 15 октября (выражение чувств).
 - Информация о чувствах (в форме беседы):*
- ассоциации;
- что это такое;
- зачем (функции);
- какие бывают;
- способы выражения (можно в виде схемы);
- последствия неприятия чувств и их подавления;
- сложности в выражении чувств в зависимости от удаленности от них:
 - чужие (повествование о выражении чувств другими людьми, которых здесь нет);
 - мои (рассказ о собственных чувствах, которые испытывал раньше в своей жизни);
 - мои к кому-то из участников группы, кого сейчас здесь нет;
 - мои, которые возникли когда-то к тому, кто здесь сейчас есть;
 - мои, которые возникают сейчас к тому, кто здесь присутствует;
- трудности в общении при несовпадении вербальных и невербальных сигналов выражения чувств;
- невербальный способ выражения чувств;
- вербальный способ выражения чувств (правило Я-высказывания);
- интенсивность чувств (схема с ядром, когда я еще могу контролировать чувства);
- чувства и тело;
- важность распознавать чувства (осознать – принять – выразить).

Информация о связке «мысль-чувство-действие».

Упражнения (только для психокоррекционной группы):

- «Позитивные – негативные чувства» (по кругу) – участники по очереди, передавая друг другу мяч, называют попеременно то «позитивное» чувство, то «негативное».
- «Однажды в студеную зимнюю пору...» – в малых группах не более 6–7 человек участники молча выбирают какую-нибудь эмоцию и с такой интонацией произносят: «Однажды...», остальные угадывают эту эмоцию.
- «Скульптура чувства» – в тройках участники изображают скульптуру какого-нибудь чувства, остальные должны угадать показанную эмоцию.
- «Угадай чувство» – доброволец ведущий прикрепляет на спину листок с названием чувства, группа невербально помогает угадать добровольцу, какое чувство написано.

- «Двусмысленность в выражении чувств».
- «Что ты хочешь для себя?» – в парах сначала один участник в течение 2–3 мин. задает другому один и тот же вопрос: «Что ты хочешь для себя», другой отвечает. Затем роли меняются.
- «Человечек – чувства» – участникам раздаются листочки, на которых изображен силуэт человека, по команде ведущего, который просит участников вспоминать ситуации, где они испытывали различные сильные чувства, например, ситуация, где было стыдно, где они злились, огорчались, боялись и т. п., группа на своих листочках соответствующим цветом раскрашивают те участки тела, где они испытывают ощущения в связи с данной эмоцией.
- «Если бы я разрешил себе выразить чувство (обиды, раздражения, тревоги, злости, страха, ревности, стыда, презрения, скуки, радости, неприязни, вины, ... любви), то я бы...» – в броуновском движении участники по сигналу ведущего находят пару и делятся друг с другом тем, как бы они могли выразить то, или иное чувство, если бы было могли это себе позволить.
- Гомеостаз «грусть – страх – гнев».
- Разбор таблицы «Чувства позитивные и чувства негативные» – обсуждение тех чувств, которые участники считают неприемлемыми с точки зрения их пользы с записью на доске в виде таблицы.

Игры:

- «Змеи – мухи – пчелы».
- «Вампиры» (только для психокоррекционной группы).
- «Гуру» (только для психокоррекционной группы).
- «Мышь, слон, тигр» (только для психокоррекционной группы).
- «Гомеостаз (в прыжках)».
- «Встреча + настроение» (только для психокоррекционной группы).

Домашнее задание.

- Работа со словарем чувств: каждое чувство рассмотреть с точки зрения того:
 1. как часто испытываю;
 2. как часто выражаю.
 - никогда;
 - редко;
 - иногда;
 - часто;
 - большую часть времени;
 - почти всегда;

Изобразить это в виде графика или другой наглядной иллюстрации.

- Составить свой эмоциональный портрет (по данным графика).
 1. Перед зеркалом мимически выражать чувства из словаря чувств.
 2. К теме «чувство – мысль – действие» работа с таблицей:

Ситуация	Чувства	Мысли	Как дышу	О чем говорят мне мои чувства	Хочу ли оставаться в этом состоянии	Как могу позаботиться о себе
----------	---------	-------	----------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

3. Банк различных способов выражения гнева.

4. Тест «Оцени свое отношение к гневу».

21–24 занятия.

Гнев.

Странички для обсуждения по теме:

- «День за днем из созависимости»: 7 января, 14 января, 1 марта, 6 апреля (к теме «Границы»), 7 июля, 25 июня, 18 июля, 30 июля, 15 августа, 18 декабря, 19 ноября, 14 ноября, 4 ноября (гнев как стадия горя), 16 сентября (необоснованный гнев), 28 апреля.
- «Лучший путь» (АС): 10 августа, 2 июня, 10 июля, 15 ноября, 18 мая (к упр. «Коврик гнева»), 26 января, 5 декабря
- «День за днем в Ал-Аноне»: 19 октября.

Информация:

- определение гнева;
- положительная сторона;
- способы обращения с гневом (из раздаточного материала);

Темы для обсуждения:

- «Банк различных способов выражения гнева».
- «Тест: Оцени свое...».
- Раздаточный материал «Гнев».
- Раздаточный материал «Необоснованный гнев».
- Раздаточный материал «Конструктивное отношение к гневу».
- «Внезапный гнев»: – обычная моя реакция; – как хотелось бы; – пример конструктивного выражения гнева (как это было); – чего не хватает для того, чтобы конструктивно выразить свой внезапный гнев.

- «Гнев, направленный на меня»:
 - о чем говорит вам ваш собственный гнев;
 - о чем говорит вам гнев, направленный на вас;
 - в какой степени то, что происходит, действительно относится к вам.
- Упражнения (*только для психокоррекционной группы*).
- Обсуждение банка различных способов выражения гнева (соревнования между двумя командами) – группа делится на равные подгруппы и собирает общий «банк» способов выражения гнева, затем по очереди предлагают свои варианты, который ведущий записывает на доске в два разных столбца.
- «Коврик гнева» – тренинг «Я-высказывания» в ситуациях гнева.
- В парах на листе спор, что лучше: 1 или 4; красный или синий.
- В парах диалоги: «Да!» и «Нет!»; «Это был ты!» и «Нет, это был не я!».
- «Рисунок гнева».
- «Война и мир».
- «Место в группе».
- Игры (*только для психокоррекционной группы*):
 - «Сердилка: тух тиби-дух тух-тух...
 - «Снежки».
 - «Ирландская дуэль».
 - «Битва гигантов».
 - «Слон – мышь – тигр».
 - «Зип, Зэп, Боб».
 - «Броуновское движение с угрожающим объектом + с защитой».
 - «Конфликт зверей» (заключительное по теме).
 - «ХА!» и «АХ!».
 - «Гласные – согласные».
 - «Обзывалки».
- Домашнее задание.
 - Тест «Оцени свое отношение к гневу».
 - «Гнев» (раздаточный материал).
 - «Конструктивное отношение к гневу».
 - «Этапы изменения обращения с гневом».
 - «Необоснованный гнев» (раздаточный материал).
 - Задел на следующую тему:
 - Три мои лучшие части тела.
 - Три мои лучшие характеристики души.
 - Три мои особенности характера (чем отличаюсь от других).
 - Одна моя главная ценность.

25–29 занятия.

«Принятие себя».

Для круга чувств:

- «Я сегодня молодец, потому что...»
- «Я сегодня совершенен в...»
- «Я сегодня заботился о себе... собираюсь заботиться о себе на группе... я заботился о себе на группе...»
- «Что сегодня я не смог принять в себе...»
- «Я ощущаю себя..., а хочу ощущать...»

Странички для обсуждения по теме:

- «День за днем из созависимости»:

3 марта, 11 мая и 14 апреля (к теме «Совершенство»), 16 мая, 25 мая, 28 мая (к теме «Забота о себе»), 1 июня, 5 июня, 7 июня, 17 февраля, 16 октября, 24 марта, 18 февраля, 17 апреля (завершение темы «Забота о себе»), 25 февраля, 16 сентября, 20 сентября.

- «Лучший путь» (АС):

2 июня.

Темы для обсуждения:

- Принятие:
 - Что такое принятие?
 - Что такое быть самим собой?
 - Что я делаю, чтобы понравиться другим?
 - Что я делаю, чтобы понравиться самому себе?
 - Что может помочь принять себя?
 - Что такое «самооценка»? Из чего она складывается? От чего зависит?
 - Насколько баллов участники оценивают группу как принимающую.
 - Обсуждение домашнего задания «Я в зеркале».

Упражнения (только для психокоррекционной группы):

- В двух концентрических кругах: «Мне в тебе нравится...», ответ: «А еще я...»
- «5 претензий характеру» – участники составляют список тех черт характера, которые им в себе не нравятся, затем выбирают из этого списка 5 на их взгляд основных. После чего находят себе среди других участников ту подгруппу, где их претензии по большей части совпадают и в этой подгруппе выбирают одну черту, которая для большинства участников доставляет наибольшее количество проблем. Таким образом, формируется несколько подгрупп с разным количеством участников, и при этом с претензией к одной и той же черте характера. Затем ведущий приглашает на «горячий» стул по очереди по одному

представителю от каждой группы и работает с этой «групповой» претензией, расспрашивая, в чем эта черта характера выражается и чем мешает. Далее группе предлагается, совершая определенный ритуал – вставая за спинку «горячего» стула, – делать высказывания, чем эта черта характера может быть полезна.

- «Все равно ты молодец, потому что...» – в малых группах участники рассказывают о ситуации, в которой они «были не на высоте», где совершили ошибку или чего стыдятся. Остальные участники произносят слова поддержки, начиная высказывания со слов: «Все равно ты молодец, потому что...».
- Молитва гештальтистов (не оправдывать ожиданий, принятие собственных чувств и чувств другого).
- «Кто я?»
- «Предпочтения» – в броуновском движении по сигналу ведущего находить пару и выбрать из названных предметов, явлений и т. д. то, что больше соответствует настоящему состоянию, в паре обсудить в течение минуты, дальше найти др. пару...
 - море, водопад, река, ручей;
 - жираф, собака, кошка, ёж;
 - стакан, чашка, ковш, кастрюля;
 - тропинка, шоссе, аллея, горная тропа;
 - стул, диван, стол, шкаф;
 - нож, вилка, ложка, половник;
 - рука, нога, глаз, ухо;
 - орел, пингвин, павлин, страус;
 - роза, одуванчик, ирис, фиалка;

Медитации:

- «Книга моей жизни».
- Визуализация: каким представляю себя, как человека принимающего. Насколько баллов из 10 нравится картинка? Как я ощущаю себя сейчас (на сколько баллов)? Что нужно, чтобы увеличить ощущение на 1 балл?
- «Интервью».
- «Дорога».
- «Волшебный магазин».

Игры:

- «Ноев ковчег» (только для психокоррекционной группы).
- «Печатная машинка»
- «Превращение кобры» (только для психокоррекционной группы).

- «Гуру» (только для психокоррекционной группы).
 - «Паровозик».
- Домашнее задание.*
- Мои достижения и качества, благодаря которым это стало возможным.
 - Вопросы принятия:
 - Что трудно принять в самом себе.
 - Что не нравится в тех людях, с которыми вы общаетесь (что раздражает в других).
 - Что, как вам кажется, люди не принимают в вас (что вы стараетесь не показать другим).
 - Что другие не видят в вас.
 - Что восхищает вас в других.
 - Каким качествам окружающих вы завидуете.
 - 5 претензий характеру.
 - Качества человека, принимающего себя – составить собственный список качеств.
 - Рассмотреть качества человека, принимающего себя (раздаточный материал) с точки зрения того, насколько я обладаю тем или иным из них. Проранжировать качества в порядке убывания. Прожить день, обращая внимание и опираясь на то качество, которое уже есть максимально, и поступать так, как будто минимально присутствующее качество уже тоже есть.
 - Тест «Самооценка».
 - «Кто я» (составить список из 20 пунктов за 15 минут). Работа со списком (позначить: «+» – нравится. «-» – не нравится; «0» – все равно; «?» – если не знаете, как оценить).
- А далее по списку из раздаточного материала.
- Работа с зеркалом.
 - танец;
 - посмотреть на себя в зеркало;
 - рассмотреть себя целиком;
 - рассмотреть отдельные детали близко (лицо, туловище, ноги, руки и т. д.);
 - закрыть глаза и представить свой образ (что первое возникло);
 - эту часть тела рассмотреть подробно отдельно.

30–31 занятия.

«Внутренний ребенок».

Вопросы для круга чувств:

- Сказочный герой.
- Игрушка.

Странички для обсуждения.

- «День за днем из созависимости»:
- 16 мая, 29 февраля, 12 июня.
- «Лучший путь» (АС):
2 июня.

Упражнения:

- Походить как 70-ти летний..., как 5-ти летний.
- «Прорвись в круг (из круга)».
- «Внутренний ребенок».
- письмо себе в детстве;
- ответ левой рукой от себя в детстве – взрослому.

Медитации.

- К упражнению «Внутренний ребенок».
- Какой заботы не хватало?
- Как хотелось ощутить себя любимым?
- Каких проявлений любви желали?
- «Крестная мать».
- «Сосуд долга и права».

Игры – любые объединяющие.

Заключительное занятие.

Страничка для обсуждения.

- Из книги «День за днем из созависимости»:
28 июля (спасательный жилет).

Упражнения:

- «Дух группы».
- «Что я чуть не забыл».
- «Ключи».
- Раздать письма.
- «Ритм».
- «Фургон с подарками».
- «Подсолнух».
- Выстроиться по степени:
 - наполненности;
 - активности;

Информация:

- «Я – о`key, Ты – о`key»

Игры:

- «Перемигивание».
- «Салки – обнималки».

Медитации:

- «Корзина с фруктами».
- «Ценности».

2.2 Базовый курс шаговой группы.

Ремизова И. В.

Шаговая часть программы «Резонанс» представляет собой методику групповой работы с пациентами, страдающими созависимостью (родственниками и друзьями алкоголиков, наркоманов, азартных игроков), которая способствует обретению ими навыков эмоционального отделения от проблем зависимого близкого и осознания ответственности за свое эмоциональное состояние и поведение.

Основной базой шаговой части является работа по первым трем Шагам «12-ти шаговой» программы Ал-Анон.

Отдельное внимание уделяется типовым нездоровым формам поведения, присущим родственникам зависимых таким, как контроль, отрицание, неспособность отделить свое от чужого (слияние), гиперответственность. Такое поведение созависимого непременно способствует нарастанию напряжения в семье, созданию психотравмирующих взаимоотношений, развитию психосоматических заболеваний, провоцирует срывы у обеих сторон.

В структуру занятия входят:

1. Круг чувств (в начале и в конце занятия).
2. Медитация (настрой на рабочую тему).
3. Работа в малых кругах – обсуждение выполненного домашнего задания.
4. Последующее обсуждение в большом круге (итог).
5. Игровая разминка.
6. Упражнения и медитации.

Поведение участников и ведущих программы регламентировано правилами и нормами, что позволяет создать атмосферу безопасности и доверия на занятиях. Такие условия необходимы для плодотворной работы, особенно учитывая то, что состояние участников программы можно определить как травмированное. При этом в процессе работы участникам приходится

соприкасаться с болезненными и интимными уголками своей души, а также быть свидетелями самораскрытия других участников группы.

Рабочей литературой для участников программы являются брошюры:

- Набор из 3-х брошюр «12 Шагов в Ал-Аноне».
- Брошюра «Отделение или как отстраниться от проблемы близкого».
- Брошюра «Избавление от потребности всех держать под контролем».
- Брошюра «Жесткая любовь».
- Брошюра «Пособник химической зависимости».
- Брошюра «Ребенок-царек»
- Брошюра «Отрицание»,

А также раздаточный материал программы «Резонанс».

При подготовке к занятию ведущие программы используют следующую литературу:

- К. Фопель «Энергия паузы», «Генезис», Москва, 2001 г.
- «День за днем в Ал-Аноне».
- «Сегодня. Лучший путь. Анонимные Семьи».
- М. Битти «День за днем из созависимости».
- Взрослые Дети Алкоголиков «Путеводитель по шагам».

Шаговая часть является неотъемлемой составляющей реабилитационной амбулаторной программы «Резонанс». Шаговая и психокоррекционная части программы дополняют и поддерживают друг друга, будучи одновременно самостоятельными.

Структура занятий.

1-4 занятие.

Определение и осознание созависимости.

- Круг чувств.
- Правила и нормы.
- Медитация – М. Битти «День за днем из созависимости» 25.03,17.10, 30.10, 6.11, 30.11.
- Домашнее задание – тесты на созависимость (раздаточный материал).
- Игра.
- Круг чувств.

5 –10 занятие.

Представление об эмоциональном отделении. 1-й Шаг.

- Круг чувств.
- Медитация – М. Битти «День за днем из созависимости» 4.01, 20.12, 5.12, 5.05; «День за днем в Ал-Аноне» 20.02, 02.02.
- Домашнее задание:
 - 1) 1 шаг вопросы с примерами (Набор из 3-х брошюр «12 Шагов в Ал-Аноне»).

2) Отделение – по стадиям (до 6) (Брошюра «Отделение или как отстраниться от проблемы близкого»).

3) Био-психо-социо-духовный портрет болезни (раздаточный материал)

4) Неуправляемость.

- Работа в малых кругах с последующим обсуждением в большом круге.
- Игра.
- Круг чувств.

11 –14 занятие.

Отделение, 2-й Шаг.

- Круг чувств.
- Медитация – М. Битти «День за днем из созависимости» 29.05, 22.01, 17.01, «День за днем в Ал-Аноне» 20.02, 02.02.
- Домашнее задание:
 - 1) 2 шаг вопросы с примерами (Набор из 3 брошюр «12 Шагов в Ал-Аноне»)

2) отделение – 7 я стадия, кредо отделения (Брошюра «Отделение или как отстраниться от проблемы близкого»). Духовные принципы 1–2-го Шага (раздаточный материал).

- Работа в малых кругах с последующим обсуждением в большом круге.
- Упражнение – «Рисунок Высшей Силы».
- Игра.
- Круг чувств.

15 –22 занятие.

Контроль, 3-й Шаг.

- Круг чувств.
- Медитация – «День за днем в Ал-Аноне» 12.03, 18.03, 15.02, М. Битти «День за днем из созависимости», 10.02, «Сегодня. Лучший путь. Анонимные Семьи» 14.04, Последняя история 3-го Шага.
- Домашнее задание:
 - 1) 3-й шаг вопросы с примерами (Набор из 3-х брошюр «12 Шагов в Ал-Аноне»)

2) Контроль (Брошюра «Избавление от потребности всех держать под контролем»).

Духовные принципы 3-го Шага (раздаточный материал).

- Работа в малых кругах с последующим обсуждением в большом круге.
- Игра.
- Круг чувств.
- Медитация «Корзина с проблемами».

23–24 занятие.

Контроль, 1-й Шаг.

- Круг чувств.
- Медитация – «День за днем в Ал-Аноне» 10.04, М. Битти «День за днем из созависимости» – 14.04.
- Домашнее задание – 1-й Шаг вопросы с примерами (раздаточный материал).
- Работа в малых кругах с последующим обсуждением в большом круге.
- Игра.

25–26 занятие.

2-й Шаг.

- Круг чувств.
- Медитация – «Сегодня. Лучший путь. Анонимные Семьи» 7.05, 23.05..
- Домашнее задание – 2-й Шаг вопросы с примерами (раздаточный материал)
- Работа в малых кругах с последующим обсуждением в большом круге.
- Игра.
- Медитация из ВДА «Плыть по течению» (Взрослые Дети Алкоголиков «Путеводитель по шагам»).

27–29 занятие.

3-й Шаг.

- Круг чувств.
- Медитация – «День за днем в Ал-Аноне» 24.04, 23.05, М. Битти «День за днем из созависимости» – 2.05.
- Домашнее задание – 3-й Шаг вопросы с примерами (раздаточный материал).
- работа в малых кругах с последующим обсуждением в большом круге.
- Игра.
- Медитация «Передача воли и жизни в руки любящей Высшей Силы».

Глава 3.

Приложение № 2. Программа «Резонанс».

Анкета участника программы «Резонанс».

Имя _____ Возраст _____ Пол _____

Мотив обращения за помощью _____
(род зависимости близкого человека, степень родства)

Место фактического проживания _____
(город, поселок, округ)

Где узнали о нашей программе _____

Есть ли опыт групповой работы _____
(реабилит. программы, терапевт. группы, тренинги)

Знакомы ли с Анонимными Сообществами _____
(с какими именно и продолжительность)

Лечились ли вы когда-нибудь от какой-нибудь зависимости и/или от какого-либо психического заболевания _____
(если «да», то от какой, когда, где, сколько раз, продолжительность)

Дата заполнения _____

Техники работы над прошедшим занятием

(раздается не раньше, чем через месяц работы программы).

- как я чувствовал себя на группе (эмоции, мысли, реакции);
- какими я вижу людей на группе;
- каким я вижу себя;
- как я сам себе мешаю получить то, что мог бы;
- что я могу сделать, если какими-то действиями наношу себе вред;
- как я сопротивляюсь;
- как я избегаю определенных тем;

Тест «ОЦЕНКА СОЗАВИСИМОСТИ».

Прочитайте следующие признаки созависимости, собранные в 8 блоков. Если вы обнаружили у себя эти качества хотя бы в пяти из восьми разделах, то вы с полным правом можете считать себя созависимым.

- Страх. Распознается по наличию следующих признаков:
 - Постоянная концентрация на проблемах других.
 - Непроходящая тревога, опасения и чувство страха.
 - Избегание риска в межличностных отношениях, включая недоверие к людям.
 - Контролирующее поведение – повторяющееся, привычное.

- Сверхответственность.
- Попытка манипулировать другими, изменять их поведение.
- Стыд, вина. Распознаются по наличию следующих признаков:
 - Постоянное чувство стыда как по отношению к собственному поведению, так и к поведению других.
 - Постоянное чувство вины в связи с проблемами других.
 - Изоляция от окружающих, чтобы скрыть стыд за себя или за семью.
 - Ненависть к себе.
 - Проявление надменности и превосходства, что связано с низкой самооценкой.
- Затянувшееся отчаяние. Распознается по наличию следующих признаков:
 - Отчаяние и безнадежность относительно изменения существующей ситуации.
 - Пессимистический взгляд на мир.
 - Низкая самооценка и чувство поражения (Я – неудачник), что не соответствует реальным достижениям.
- Гнев. Распознается по следующим признакам:
 - Постоянный гнев, направленный на пьющего, семью или себя.
 - Страх потерять контроль в гневе.
 - Гнев, касающийся духовной сферы, в том числе гнев на Высшую Силу, судьбу и т. д.
 - Пассивно-агрессивное поведение, особенно в отношении пьющего.
- Отрицание. Распознается по следующим признакам:
 - Постоянное отрицание, особенно источника семейной беды.
 - Постоянное преуменьшение тяжести проблемы.
 - Использование оправданий для защиты пьющего от негативных последствий.
- Ригидность. Распознается по следующим признакам:
 - Мыслительная негибкость
 - Поведенческая ригидность, включая жесткую привязанность к определенным ролям.
 - Моральная и духовная негибкость, окостенелость.
 - Аффективная негибкость – преобладание одного и того же чувства вины, жалости, гнева.
- Нарушение идентификации своего «Я». Распознается по следующим признакам:
 - Неумение выставлять свои требования или заботиться о своих нуждах.

- Трудности определения границ своего «Я», трудно отделить себя от других, свою боль от боли других.
- Зависимость от других – потребность получать от них подтверждение своей самооценности, навязчивое беспокойство о том, как выглядишь в глазах других.
- Смущение, замешательство. Распознается по следующим признакам:
 - Постоянная неуверенность в том, что является нормой.
 - Постоянная неуверенность в том, что реально.
 - Постоянная неуверенность в чувствах, включая тенденцию неверно определять все чувства одним знаком.
 - Легковерность.
 - Нерешительность.

Тест «СОЗАВИСИМОСТЬ».

На каждый из предлагаемых вопросов нужно ответить «Да» либо «Нет».

- Испытываете ли вы денежные затруднения из-за того, что ваш близкий пьет?
- Приходилось ли вам лгать, чтобы покрыть его пьянство?
- Появилось ли у вас чувство, что спиртное для него важнее, чем вы?
- Считаете ли вы, что в выпивках виноваты его друзья?
- Часто ли нарушаются семейные планы из-за того, что ваш муж (сын, дочь) не приходят вовремя домой (“внезапно” встретил друга, “посидел” с партнером по бизнесу и т. д.)?
- Угрожаете ли вы близкому таким образом: «Если ты не перестанешь пить, я брошу тебя (выгоню из дома)?»
- Целуете ли вы своего близкого на пороге с тайной мыслью уловить запах алкоголя, понять состояние?
- Бойтесь ли вы прямо сказать ему о чем-то неприятном, опасаясь, что у него начнется запой?
- Приходилось ли вам страдать или стыдиться его поведения?
- Кажется ли вам, что каждый праздник, каждый отпуск испорчен из-за его пьянок?
- Разыскиваете ли вы спрятанные им бутылки спиртного?
- Есть ли у вас такая мысль: если бы мой близкий меня любил, то бросил бы пить (употреблять наркотики, играть в казино)?
- Отказываетесь ли вы от встреч со своими друзьями, опасаясь, что в нетрезвом состоянии ваш близкий поставит вас в неловкое положение?
- Предполагали ли вы когда-нибудь вызвать милицию из-за его агрессивного поведения?

- Чувствуете ли вы себя иногда виноватой в том, что не можете удержать его от употребления?
- Думаете ли вы, что если он бросит употреблять (алкоголь, наркотики, играть в азартные игры), то все ваши проблемы будут разрешены?
- Угрожали ли вы когда-нибудь покончить с собой, чтобы напугать его и услышать от него «Я прошу прощения»?
- Относились ли вы когда-нибудь к окружающим – детям, родителям, сотрудникам – несправедливо только потому, что вы были злы на близкого за его выпивки (употребления наркотиков, азартной игры)?
- Есть ли у вас чувство, что никто не понимает ваших проблем?

Тест «ОЦЕНИМ СВОЙ ОБРАЗ МЫСЛЕЙ».

1. – никогда со мной так не бывало;
2. – редко так со мной бывало;
3. – часто так со мной бывает;
4. – всегда так;

Поставьте ту цифру напротив утверждения, которая соответствует Вам.

1. Я боюсь позволить другим узнать меня поближе.
2. Я боюсь неожиданностей.
3. Я ищу недостатки вместо преимуществ в большинстве ситуаций.
 1. Я чувствую, что недостойна любви.
 2. Я чувствую, что я хуже других людей.
3. У меня есть склонность к трудоголизму, перееданию, азартным играм, употреблению алкоголя или других веществ, изменяющих сознание.
4. Я мало забочусь о себе, предпочитая заботиться о других.
5. Я не могу избавиться от переполняющих меня чувств, идущих из прошлого, таких как гнев, страх, стыд, печаль.
6. Я добиваюсь похвалы и признания, делая людям приятное, стремясь к совершенству и сверхдостижениям.
7. Я слишком серьезна и мне трудно поиграть, подурачиться.
8. У меня появились проблемы со здоровьем из-за постоянных волнений, стрессов и «самосжигания».
9. У меня сильно выражена потребность контролировать других, диктовать им свою волю.
10. Я испытываю трудности в выражении своих чувств.
11. Я не люблю себя.
12. У меня в жизни часты кризисные ситуации.
13. Мне представляется, что я стала жертвой тяжелых обстоятельств.
14. Боюсь быть отвергнутой теми, кого люблю.

15. Я ожидаю худшего в большинстве ситуаций.
16. Когда я совершаю ошибку, я представляю себе никчемным человеком.
17. Я считаю других виноватыми во всех моих трудностях.
18. Я часто испытываю чувство страха, опасения.
19. Я живу воспоминаниями.
20. Я закрыта для новых идей или новых способов делать дела.
21. Я длительное время бываю расстроенной или злюсь из-за неприятностей.
22. Я чувствую себя одинокой и в изоляции, даже если окружена людьми.

Тест «ШКАЛА СОЗАВИСИМОСТИ».

Прочитайте приведенные ниже утверждения и поставьте перед каждым пунктом то число, которое отражает Ваше восприятие данного утверждения:

1. Совершенно не согласна.
 2. Умеренно не согласна.
 3. Слегка не согласна.
 4. Слегка согласна.
 5. Умеренно согласна.
 6. Полностью согласна.
- Мне трудно принимать решения.
 - Мне трудно сказать «нет».
 - Мне трудно принимать комплименты как что-то заслуженное.
 - Иногда я почти скучаю, если нет проблем, на которых следует сосредоточиться.
 - Я часто делаю то для других, что они сами могут для себя сделать.
 - Если я делаю для себя что-то приятное, то испытываю чувство вины.
 - Я тревожусь слишком много.
 - Я говорю себе, что все у меня будет лучше, когда окружающие меня близкие изменятся, перестанут делать то, что сейчас делают.
 - Похоже, что в моих взаимоотношениях я всегда все делаю для других, а они редко что-нибудь делают для меня.
 - Иногда я фокусируюсь на другом человеке до такой степени, что предаю забвению другие взаимоотношения и то, за что мне следовало бы отвечать.
 - Похоже, что я часто оказываюсь вовлеченной во взаимоотношения, которые мне причиняют боль.
 - Свои истинные чувства я скрываю от окружающих.
 - Когда меня кто-то обидит, я долго ношу это в себе, а потом однажды могу взорваться.

- Чтобы избежать конфликтов, я могу заходить как угодно далеко.
- У меня часто возникает страх или чувство грядущей беды.
- Я часто потребности других ставлю выше своих собственных.

Подсчет баллов:

- До 32 – умеренная.
- От 32 до 64 – средняя.
- Более 64 – сильная.

Определите СТЕПЕНЬ СОЗАВИСИМОСТИ вашей жизни.

Ниже предложены качества созависимых людей. Прочитайте и в скобках поставьте цифры от 1 до 4 перед каждым вопросом:

- никогда;
- иногда;
- часто;
- почти всегда;

() Я склонен брать на себя ответственность за чувства или поведение других людей.

() Я затрудняюсь идентифицировать свои чувства, такие как счастье, радость, смущение, уныние, возбуждение.

() Мне тяжело выражать свои чувства.

() Я испытываю страх или беспокойство при мысли о том, как другие реагируют на мои чувства или поведение.

() Я свожу к минимуму проблемы и отрицаю или изменяю правду о чувствах или поведении людей, с которыми общаюсь.

() Мне трудно устанавливать тесные взаимоотношения.

() Я боюсь быть отвергнутым.

() Я стараюсь добиваться во всем совершенства и сужу себя строго.

() Мне трудно принимать решения.

() Я склонен полагаться на мнение других людей, а не действовать по своему усмотрению.

() Я склонен ставить желания и потребности других на первое место.

() Я склонен ценить мнение других выше своего собственного.

() Мое ощущение собственного достоинства идет извне, в зависимости от мнения или действий других людей, которые как мне кажется, больше в этом разбираются.

() Я нахожу, что показать себя уязвимой и просить о помощи не приемлемо для меня.

() Я ощущаю себя под контролем или стремлюсь контролировать, и наоборот, всегда слежу за тем, чтобы никогда не оказываться ответственным.

() Я слишком лоялен к другим, даже в том случае, когда эта лояльность не оправдывается.

() У меня привычка рассматривать ситуации по принципу «все или ничего».

() Я очень толерантен к непоследовательности и непредсказуемости.

() В моей жизни происходят эмоциональные кризисы и хаос.

() Я стараюсь искать взаимоотношения там, где чувствую себя «нужным» и пытаюсь затем сохранить их.

Подсчет очков. Получите общий результат, сложив цифры. Чтобы интерпретировать свой уровень созависимости, воспользуйтесь следующей шкалой:

20–29 – очень мало созависимых моделей поведения.

30–39 – средняя степень созависимости.

40–59 – высокая степень созависимости.

60–80 – очень высокая степень созависимости.

Вопросы по самодиагностике созависимости.

- Стараетесь ли вы решать свои проблемы в одиночку?
- Считаете ли вы себя мучеником, у которого нет выбора?
- Чувствуете ли вы себя жертвой, часто ли жалуетесь другим, считаете ли вы, что никто не понимает вас, и поэтому отказываетесь от помощи?
- Жертвуете ли вы собой в надежде на конечный результат?
- Миритесь ли вы с неудобствами, разочарованием или болью, причиняемыми вам наркоманом, алкоголиком или азартным игроком?
- Считаете ли вы, что в ваших несчастьях виноваты другие люди и их поступки?
- Испытываете ли вы при этом злость и горечь? Вызывали ли вы чувство вины у другого?
- Берете ли вы всю ответственность за происходящее с другими на себя?
- Есть ли у вас не проходящее чувство вины?
- Заставляете ли вы себя больше работать, чтобы лучше чувствовать?
- Стараетесь ли быть хорошими для всех?
- Отрицаете или сомневаетесь ли вы, что ваш близкий болен?
- Даете ли вы деньги своему больному химически зависимому человеку?
- Есть ли у вас желание самому попробовать наркотики, чтобы понять своего близкого? Были ли случаи, когда вы пили вместе со своим алкоголиком, чтобы ему досталось меньше?
- Есть ли у вас чувство апатии, безразличия к ситуации?
- Пропало ли у вас чувство надежды и смысла собственной жизни?

- Были ли у вас мысли о самоубийстве?
- Часто ли вы думаете о смерти как о приемлемом для вас выходе из ситуации?
- Есть ли у вас патологическая тяга к азартным играм?
- Есть ли у вас вредные привычки, разрушающие ваше здоровье (табакокурение, обжорство, сладкоедение, бесконтрольный прием транквилизаторов и т. д.)
- Уступаете ли вы своему наркоману или алкоголику, даже вопреки здравому смыслу?
- Испытываете ли вы чувство стыда в связи с болезнью близкого? Снизилась ли от этого ваша самооценка?
- Движет ли вашими поступками страх?
- Являетесь ли вы ярым борцом за чистоту, называют ли вас чистюлей и аккуратистом? Или наоборот, вы неряшливы и не обращаете внимание на порядок?
- Чувствуете ли вы всегда уверенность в своей правоте, в своих силах, отрицая понятие «смирение»?
- Часто ли у вас бывают приступы ярости?
- Играете ли вы роль шута, обращая в шутку все ситуации, даже трагические?
- Зависит ли ваше хорошее отношение к себе от хорошего отношения к вам вашего больного близкого человека?
- Ждете ли вы его одобрения за свои действия?
- Сосредоточены ли все ваши мысли на том, чтобы доставить ему удовольствие, оберегать его, решать его проблемы, облегчать его страдания?
- Отложили ли вы все свои интересы из-за того, что в семье появился химически зависимый человек?
- Обращаете ли вы внимание на свои чувства, или больше озабочены тем, что чувствует ваш близкий?
- Готовы ли вы отдать последнее, даже свою жизнь за жизнь больного близкого человека?
- Стали ли вы общаться реже с друзьями, из-за того, что в семье появился химически зависимый человек

ОПРОСНИК ПО СОЗАВИСИМОСТИ.

Если вы созависимы, то вы:

- Неспособны отличать свои мысли и чувства от мыслей и чувств других.
- Ищете внимание и одобрение других, чтобы чувствовать себя хорошо.
- Ощущаете беспокойство или вину, когда у других «есть проблемы».

- Делаете все, чтобы угодить другим, даже когда вам этого не хочется.
- Не знаете, чего хотите или в чем нуждаетесь.
- Возлагаете на других определение ваших желаний и потребностей.
- Верите в то, что другим виднее, чем вам, что для вас лучше.
- Злитесь или падаете духом, когда дела идут не так, как вам хотелось бы.
- Концентрируете всю свою энергию на других людях и их счастье.
- Пытаетесь доказать другим, что вы достаточно хороши, чтобы вас любить.
- Не верите, что можете сами заботиться о себе.
- Думаете, что любому человеку можно доверять.
- Идеализируете других и разочаровываетесь, когда они живут не так, как вы надеялись.
- Хнычете или дуетесь, чтобы получить то, что хотите.
- Чувствуете, что другие вас не ценят и не замечают.
- Вините себя, когда дела идут плохо.
- Думаете, что вы недостаточно хороши.
- Испытываете страх быть отвергнутым.
- Живете так, как будто вы жертва обстоятельств.
- Бойтесь ошибиться.
- Желаете больше нравиться другим и хотите, чтобы они вас больше любили.
- Пытаетесь не предъявлять требований к другим.
- Бойтесь выразить свои истинные мысли из страха быть отвергнутым.
- Позволяете другим обижать вас, не пытаясь защитить себя.
- Не доверяете себе и принятым вами решениям.
- Испытываете одиночество и скуку наедине с собой.
- Делаете вид, что с вами ничего плохого не происходит, даже если это не так.
- Все время находите себе занятие, чтобы отвлечься от мыслей.
- Ничего ни от кого не хотите.
- Видите все или в черном или в белом свете – для вас все или хорошо или все плохо.
- Лжете, чтобы защитить или выгородить себя или людей, которых вы любите.
- Испытываете сильный испуг, обиду или злость, но пытаетесь не показать этого.
- Находите, что быть близким с кем-то очень трудно.
- Полагаете, что развлечения требуют больших усилий.
- Постоянно ощущаете беспокойство, не зная почему.

- Чувствуете себя вынужденным работать, есть, пить, заниматься сексом даже тогда, когда это вам не доставляет никакого удовольствия.
- Беспокоитесь, что вас могут бросить.
- Чувствуете себя погрязшим во взаимоотношениях.
- Чувствуете, что вам нужно принуждать, манипулировать или подкупать других, чтобы получить то, что вы хотите.
- Плачете, чтобы получить то, что вы хотите.
- Понимаете, что вы руководствуетесь чувствами других.
- Бойтесь собственного гнева.
- Считаете, что кто-то или что-то должно измениться, чтобы изменились вы сами.

Раздаточный материал к теме

«КОНТРОЛИРУЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ».

В первом шаге программы есть слова о потере контроля над собой и своей жизнью в целом. Люди, чья жизнь тесно связана с химически зависимым человеком, часто оказываются в ситуациях, когда они не могут доверять своему близкому. Их не редко подводили, наносили вред, обвиняли во всех бедах. Возможно, это было в родительском доме, а может быть, в их новой семье. Так или иначе, обстоятельства были таковы, что им приходилось брать на себя трудную и невыполнимую задачу: контролировать ситуацию, обстоятельства и близких. Это помогало им ощущать некоторую стабильность в таком непредсказуемом мире, в котором они оказались. Но поскольку такая миссия невыполнима, то на нее уходило слишком много времени и сил. И их не стало хватать на контроль над собственной жизнью.

- Осознаете ли вы, что пытаетесь держать под контролем обстоятельства жизни окружающих?
- В чем выражается этот контроль?
- навязчивые попытки дать совет, откровенные указания повышенным тоном, рекомендации (часто, когда о них не просят);
- вы привыкли действовать на ваш взгляд более мягко и просто рассказываете близкому, как поступаете в аналогичном случае с тайной надеждой, что он переймет ваш опыт;
- сарказм и подшучивание с целью дать понять, что вам не нравится поведение близкого человека;
- предупреждения, угрозы и запугивания;
- порицание, упреки, критика, нотации, оскорбительные слова;
- навешивание ярлыков и негативный прогноз развития ситуации в случае, если ваш близкий будет поступать по-своему;

- истолкование поведения другого с собственной интерпретацией и постановкой «диагноза» («Это у тебя предвестники срыва!», «Ведешь себя, как ребенок» и т. д.);
- положительная оценка, неадекватная ситуации, поощрение с целью оказать влияние на близкого;
- попытки лаской и уговорами с извинениями добиться своего;
- принижение значимости его проблемы («Не переживай!», «Все образуется!», «Не надо так расстраиваться!», «Ты не первый и не последний, кто переживал это!»);
- догадки, предположения, вопросы, желание попытаться («Почему ты это сделал?», «Ты где был все это время?», «Как ты мог?»);
- обвинения близкого в том, как вы себя чувствуете («Посмотри, до чего ты меня довел!», «Ты убиваешь меня этим!», «Я вся больная из-за тебя!», «Не заставляй меня злиться!», «Ты меня обижаешь!» и т. д.);
- жалобы, любые способы привлечь к себе внимание;
- изображения себя как немощного, нуждающегося в помощи, неспособного решить проблему, с целью вызвать таким образом сочувствие, вину и сыграть на чувстве долга или отвлечь от возможности употреблять;
- молчаливый гнев или просто холодное отчуждение, неодобрение.

Часто попытки влиять на события и окружающих не осознавались нами. Они давали ощущение уверенности, надежности и власти. Но это всего лишь иллюзия, которая привела на деле к потере контакта с близким человеком.

- Что вас привело к необходимости контролировать близкого человека?
- Что дают вам попытки контролировать окружающих?
- Какие свои потребности вы удовлетворяете таким образом?
- Что вы хотите получить в результате контроля?
- Ощущаете ли вы себя под контролем? С чьей стороны? Опишите чувства, которые вы при этом испытываете?
- К чему приводил обычно ваш контроль над ситуацией и поведением других людей?

Для того чтобы осуществлять контроль над ситуацией, нам необходимо было скрывать собственные чувства, мысли, намерения, ведь если их озвучивать, то получение желаемого становится под вопросом, а заставить сделать других так, как хочется, чаще вообще нереальным. Наш изворотливый ум и жизненный опыт подсказывали нам, что мало кто согласится добровольно исполнять чужую волю, особенно если это идет в разрез с собственными представлениями о том, как лучше. Так мы

учились, манипулируя прятать свои чувства, особенно обиду, гнев, раздражение, заменять их более «благовидными» и, в конце концов, вообще потеряли доступ к своим эмоциям. Таким парадоксальным образом контроль за проявлениями собственных чувств привел к общей потере способности чувствовать.

- Какие чувства вы боитесь выражать больше всего? С чем связан этот страх? (Опишите отдельно каждое чувство и связанные с его выражением опасения).
- Какие желания и потребности вы опасаетесь высказывать?
- Что произойдет, если вы открыто скажете близкому о своем желании?
- Если вы боитесь проявления каких-либо чувств другими людьми, то каких именно?
- Что вы делаете, чтобы ваши близкие не испытывали неприятных для вас и для него чувств?
- Что происходит с вами в таких ситуациях? Как вы себя при этом ощущаете?

Иногда попытки скрыть собственные чувства и повлиять на чувства другого человека приводили к ожидаемому результату. Это увеличивало ощущение власти, собственной силы и значимости. Но как только что-то или кто-то начинает уходить из-под контроля, так сразу появляется недовольство собой, ощущение несостоятельности. Возникает желание вернуть потерянное равновесие и ощущение того, что вы руководите ситуацией. При этом, близким вы отводите роль исполнителей нашей воли. Это часто порождает в них протест, а также чувство вины, обиды, гнева. Тогда мы сами становимся объектами для манипуляций. Разорвать этот порочный круг в наших силах.

- Что вы чувствуете, когда ваш близкий принимает решения, не верные на ваш взгляд?
- Доверяете ли вы себе, когда принимаете решения за него?
- Можете ли вы вспомнить случаи, когда вы решались доверить своему близкому поступить так, как хочет он? Каков был результат? Что вы при этом чувствовали?

А. Напряжение, ощущение неловкости. Это происходит, когда я хочу получить что-то от другого и не говорю об этом напрямую; если я сам попадаю под контроль, то возникает желание сопротивляться.

Б. Порицание, поучение (фразы, которые произносятся повышенным тоном и начинаются со слова «Ты...», «ТЕБЕ НАДО...»). Это в действительности указывает на то, что другой человек руководит моими чувствами, а я стремлюсь исправить это положение – взять власть в свои руки и изменить другого.

В. Понукание, настаивание и уговоры. Это признак властного поведения, попытки вмешаться в ход событий, способствовать произойти чему-то на наш взгляд необходимому или помешать свершиться негативному. Составными частями назиданий являются, как правило, страх и гнев.

Г. Отказ чувствовать. Игнорирование чувств, желаний, потребностей как собственных, так и другого человека. Когда мне неприятны собственные чувства и чувства другого, тогда я стремлюсь избегать ситуаций, где они могут возникнуть (контролирую другого), избегаю выражать их (контролирую собственные чувства), вместо этого начинаю обесценивать либо отрицать их. Это приводит к частичной или полной потере способности чувствовать.

Д. Отсутствие доверия. Основой этого состояния также является страх и негативные ожидания. А если мы живем, основываясь на опасениях, то наши страхи управляют нами.

Е. Мотив действий. Если я говорю и действую, преследуя собственный интерес или с желанием изменить другого, а не только с целью донести свою точку зрения, то скорее всего это попытка проконтролировать процесс.

Раздаточный материал к теме Модели поведения».

Модель отрицания:

- мне трудно определить, что я чувствую;
- я занижаю, подменяю, отрицаю то, что чувствую;
- я воспринимаю себя абсолютно бескорыстным, посвятившим себя другим;

Модель низкого самоуважения:

- мне трудно принимать решения;
- я оцениваю все, что я думаю, говорю, делаю всегда как недостаточно хорошее;
- я стесняюсь похвал, признания, подарков;
- я не прошу других идти навстречу моим нуждам;
- я ценю одобрение своих мыслей, чувств и поведения другими людьми больше собственного;
- я не воспринимаю себя привлекательным человеком, достойным внимания;

Модель уступчивости:

- я иду на компромисс с собственными ценностями и целостностью, чтобы избежать отвержения или гнева других;
- я очень чувствителен к тому, как чувствуют другие и сам начинаю чувствовать тоже самое;

- я определенно лоялен, оставаясь во вредных для меня ситуациях слишком долго;
- я часто боюсь выражать свои чувства и мнения, отличные от других;
- я оставляю свои собственные интересы и увлечения, чтобы сделать то, что хотят другие;
- я соглашаюсь на секс, когда хочу быть принятым;

Модель контроля:

- я считаю других людей неспособными позаботиться о себе;
- я пытаюсь донести до сознания других людей, что им следует «думать» и что им следует «действительно» чувствовать;
- я обижаюсь, если другие не дают мне помочь им;
- я свободно даю другим советы и указания, хотя меня не просят об этом;
- я щедр на подарки и любезности с теми, о ком забочусь;
- я вынужден быть «нужным», чтобы иметь отношения с другими людьми;

Рекомендации и предложения для членов группы.

1. Уважайте конфиденциальность. Помните, как легко ненароком выдать чужие секреты. Учитесь не распространяться о поступках и переживаниях других участников. Если вы говорите о занятиях, то рассказывайте о себе и о том, чему вы научились. Если возникают сомнения по поводу сохранения конфиденциальности, поднимите вопрос на группе.

2. Сосредоточьтесь на цели занятия. Поставьте себе цель извлечь из посещений занятий пользу, сосредоточьтесь на том, чего рассчитываете добиться. Проясняйте для себя каждый раз перед занятием свои задачи, проблемы, изменения, которых хотите добиться в себе, и действия, которые собираетесь предпринять, чтобы этого достичь. Перед каждой встречей определяйте для себя, с чем вы придете на занятие.

3. Будьте гибкими. Не стоит при этом жестко привязываться к своему плану настолько, чтобы это помешало работать с тем, что рождается на группе спонтанно.

4. Не тяните с началом работы. Чем больше вы выжидаете, тем труднее придется потом. Побуждайте себя говорить уже в начале каждого собрания. Пусть это будет всего лишь короткое замечание.

5. Будьте активными. Неактивные участники получают значительно меньше, кроме того, они не дают окружающим научиться у них. Но не стоит и слишком торопить себя. Прислушивайтесь к своей готовности и рискуйте!

6. Решайте сами, насколько открываться. Чтобы познать самого себя, вам придется рискнуть и сказать больше, чем привычно. Но если вы чувствуете, что вам трудно делиться в группе, то начните с того, что признайтесь в этом на занятии.

7. Экспериментируйте. Используйте группу как безопасное место, где можно применить новые формы поведения. Пробуйте прямо противоположное тому, что вам было свойственно.

8. Давайте себе задания, нацеленные на конкретные действия. Пробуйте новые для себя способы поведения на группе, но не спешите применять их в других местах! Пробуйте это с осторожностью и с уважением к требованию момента.

9. Не ждите мгновенных перемен. Они, как правило, не происходят сразу и навсегда. Изменение старых шаблонов требует времени, и в стрессовой ситуации может появиться желание действовать старым привычным способом. Не судите себя строго.

10. Не останавливайтесь при неудачах. Вместо того, чтобы унывать и убеждать себя, что вы никогда не изменитесь, относитесь к временному регрессу терпеливо. В критической ситуации вполне возможно обращение к старому стереотипу, хотя он уже плохо помогает.

11. Не ждите, что ваши близкие оценят произошедшие с вами перемены как нечто позитивное. Напротив, многие будут стремиться заставить вас действовать старым образом. Вне группы, возможно, вы встретите меньшую поддержку, чем внутри нее. Используйте группу, как место, где можно исследовать сопротивление вашим изменениям, с которым вы встречаетесь вне группы. Напоминайте себе, что вы посещаете занятия для того, чтобы изменить себя, а не других. Возможно, вы станете лучше понимать своих близких в процессе работы на группе, а может быть и они изменятся в ответ на ваши изменения. Но не следует концентрироваться в первую очередь на их реакции.

12. Не стремитесь, чтобы вся группа обязательно вас поняла. Если вы будете много времени уделять рассказу, объяснениям и деталям, то зря потратите его. Стремление обеспечить каждого полной картиной (что в принципе невозможно!) лишь отвлечет вас от достижения поставленной цели и не приносит пользы ни вам, ни другим.

13. Не «сплетничайте» на группе. Это значит, что когда вы говорите о каком-то участнике группы, то обращайтесь непосредственно к нему, а не говорите о нем, как об отсутствующем в третьем лице.

14. Остерегайтесь ярлыков, как для себя, так и для других.

15. Обращайте внимание на чувства. Если вы обсуждаете только свои теории и взгляды, то не сможете изучить собственную жизнь на эмоци-

ональном уровне. Избегайте абстрактных дискуссий. Лучше будет, если вы попытаете выразить свои чувства по поводу услышанного или увиденного. Вам не надо специально стараться возбуждать в себе чувства, просто следует позволить себе пережить их тогда, когда они возникают в присутствии окружающих.

16. Работайте поначалу одновременно только с одним чувством. У вас будет гораздо больше шансов научиться новому поведению, если вы выразите свои чувства немедленно, а не отложите это на будущее. Часто неприятные чувства люди спешат нейтрализовать с помощью других чувств, прямо противоположных. Это мешает осознать то, что с вами происходит на самом деле. Старайтесь отслеживать, что вы чувствуете, и говорите о чувствах по мере их возникновения. Раскройте немедленно, как только ощутили и осознали какую-нибудь эмоцию. Потом у вас будет время, чтобы с ней разобраться.

17. Избегайте сарказма. Одна из главных задач групповой работы – научиться выражать чувства, включая гнев, который в скрытом виде может привести к враждебности и проявиться в сарказме. Чаще всего он обижает и воспринимается, как оскорбление.

18. Рискуйте. В основном люди привыкли подвергать цензуре свои мысли и чувства из-за страха показаться нелепым и смешным. Эти опасения не беспочвенны. Но поверьте, больше оснований опасаться того, что будет, если вы не выскажетесь. Группа является идеальным местом, где можно попробовать выразить свои чувства и увидеть, что произойдет. Держать все в себе – верный способ создать препятствия работе. Старайтесь выражать на группе все свои чувства.

19. Воздерживайтесь от советов, интерпретаций и расспрашивания. Ваш вклад в работу будет воспринят с благодарностью, если вы будете выражать чувства по поводу происходящего на ваших глазах, а не раздавать советы, о которых вас не просят, и ставить диагнозы. Если вам хочется задать вопрос, предварите его объяснением, для чего вам нужен ответ. Вы продвинетесь дальше, если будете выражать свое отношение к проблеме, а не выпрашивать друг у друга детали.

20. Обратная связь. Показывайте другим, как вас задевает то, что происходит на группе, через свои чувства. Такие честные и прямые высказывания повысят доверие в группе и сделает вас более честным в повседневной жизни. При этом не стоит говорить окружающим, какие они и как им поступать. Вместо этого скажите, как это все влияет на вас. Не судите людей, но давайте им понять, как они влияют на вас и какие их черты могут помешать вашему общению.

21. Будьте сами открыты для обратной связи. Дайте и другим возможность сказать, какое ваше поведение может сделать вас ближе к ним. Когда окружающие реагируют на вашу работу, помните, что они, как и вы, находятся здесь с целью опробовать новые способы непосредственного самовыражения. Самым конструктивным здесь будет просто выслушать и обдумать их мнения, пока не выяснится, в какой степени эти мнения верны.

22. Давайте обратную связь ведущим. Давайте им понять, как то, что они делают или не делают, влияет на вас.

23. Уважайте свои защиты. Возможно, что они привели вас в группу и сделали вашу жизнь и общение непродуктивным. Необходимо понять цели, которым служат ваши защиты, и осознать ваши типичные способы уклонения. Тогда можно бросить им вызов и попытаться заменить их откровенным и эффективным поведением.

24. Осознавайте влияние вашей культурной среды. Определите, как она влияет на вас; оцените это влияние; до какой степени вы хотели бы это изменить; как соответствует такой образ жизни вашим интересам.

25. Ведите дневник. Даже краткие записи дают возможность следить за изменениями, насколько успешно вы справляетесь со своими задачами.

26. Берите ответственность за свои достижения. Последнее слово в анализе ваших достижений в группе остается за вами.

Тест

«ОЦЕНИТЕ ВАШЕ СОБСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ГНЕВУ».

- Способны ли вы гневаться?
- Можете ли вы контролировать свой гнев?
- Знают ли другие, что вы разгневаны?
- Опишите, что вы чувствуете, когда разгневаны?
- Быстро ли утихает ваш гнев?
- Долго ли вы держите обиду на другого человека?
- Влияет ли ваш гнев на вас в физическом смысле?
- Били ли вы что-нибудь или кого-нибудь в состоянии гнева? Когда это было в последний раз?
- Как вы контролируете свой гнев? Как вы этому научились?
- Бояться ли другие люди или вы сами вашего гнева?
- Что обычно является причиной вашего гнева или осуждения? Чем вы недовольны в своей жизни?
- Как часто вы испытываете гнев?
- Бывают ли у вас приступы ярости или бешенства?
- Что вы обычно делаете со своим гневом?

- Как вы справляетесь с гневом, направленным против вас?
- Подавляете ли вы свой гнев? В каких ситуациях?
- Сдерживаете ли? И как?
- Признаете ли вы или выражаете ли свой гнев? Каким образом?
- Хотите ли вы изменить собственную реакцию на гнев? Какой вы хотите ее видеть? Что конкретно вы готовы предпринять?
- Что конкретно вы хотите изменить в своем поведении в ситуации гнева?

Раздаточный материал к теме «ГНЕВ».

Гнев – сильная эмоция неудовольствия. Он порождает энергию, которая побуждает нас разрушить то, что злит нас. Гнев – естественный рефлекторный ответ на разочарование, реакция на невозможность достичь важной цели.

- Дайте, пожалуйста, свое определение гнева. Что он значит для вас?
- Что вы ощущаете, когда злитесь? Что с вами происходит?
- Что вы делаете в такой ситуации?

Обычно мы относимся к гневу отрицательно. Но у гнева есть и положительные стороны. Одна из задач человека – выживание. И если эта цель сталкивается с угрозой или опасностью для жизни, то мы впадаем в гнев. Эта эмоция может стимулировать нас на совершение невозможных в обычной ситуации поступков. Многие из нас желают увидеть торжество справедливости и праведности в нашей жизни. Если этого не происходит, мы испытываем гнев. Если мы видим беззаконие, если страдают другие люди или мы сами от несправедливости, мы испытываем гнев. Энергия подобного гнева может стимулировать нас исправить положение.

- вспомните, пожалуйста, на какие действия, невозможные в обычных условиях, вы оказались способными в состоянии гнева (5 примеров).
- Приведите несколько примеров вашего праведного гнева.

Конечно, не всегда гнев человека объясняется благородными мотивами. Часто мы впадаем в гнев из-за эгоистических проблем. Когда что-то происходит не так, как мы хотели, мы испытываем разочарование и чувство гнева. Мы планируем что-то, а наши близкие не поддерживают нас. Или вмешиваются обстоятельства, от нас не зависящие, и делают невозможным осуществление наших планов. И тут в нас вспыхивает гнев.

- опишите, пожалуйста, 5 случаев возникновения у вас гнева, связанного с тем, что ваши близкие поступают не так, как вам хочется. Как вы поступали в таких случаях?
- вспомните несколько ситуаций разочарования, когда вы вынуждены

были менять свои планы из-за того, что менялись обстоятельства. Что с вами происходило? О чем вы думали?

Гнев часто появляется тогда, когда что-то происходит не так, как мы этого хотим. Наша подсознательная цель – иметь все, что мы не пожелаем и причем немедленно. Мы часто не замечаем собственный гнев, и прикрываем его другими эмоциями. Наш гнев может скрываться под маской горечи или обиды, печали или негодования, разочарования или мстительности. Он проявляется в ненависти, возмущении, неистовстве, враждебности, раздражительности, сварливости, в разрушительных и злобных действиях, в жестокости и презрении, надменности, недоброжелательности, в агрессивном и вызывающем поведении. Независимо от того, как мы описываем гнев в определенных ситуациях, мы просто испытываем его.

В каких действиях проявляется ваш гнев?

Наш словарный запас в отношении разгневанных людей также довольно разнообразен. Мы называем их грубыми, злыми, сумасшедшими, невыносимыми, раздраженными, невменяемыми. Мы говорим, что они враждебно настроены против окружающих, что они провоцируют ссору, болезненно реагируют на обстоятельства, представляют собой опасность для окружающих. Охваченный гневом человек может доводить до белого каления, проклинать, причинять боль, наносить душевные раны, унижать, издеваться, позорить, проявлять физическую агрессию, выгонять из дома, обходиться грубо и жестоко, обижать и запугивать. Когда мы ощущаем одно из вышеперечисленных состояний, лучшее, что можно сделать – перестать обманывать самих себя и честно признаться: «Я испытываю гнев». Признанием этого факты вы приобретаете способность контролировать свой гнев и даже избавиться от него. В противном случае вы будете продолжать носить его в себе, и он может стать привычным состоянием, обычной вашей реакцией на события и привести к злобности, гневливому характеру, мстительности. Обратной стороной гнева, не признанного в себе, является потребность провоцировать гнев в других людях и обвинять их в злобности и раздражительности.

- Как часто вы испытываете негодование или разочарование? Обиду или враждебность? Сварливость или надменность?
- Можете ли вы назвать людей своего окружения злобными?
- Были ли у вас случаи, когда вы провоцировали гнев других людей?
- Как при этом они выражали свой гнев? Что происходило с вами?

Существует несколько моделей поведения и способов обращения с собственным гневом:

1. Сдерживать свой гнев. Вы понимаете, что злитесь, и пытаетесь держать его под контролем, чтобы не выплеснуть эту эмоцию в не подходящей ситуации или неадекватных действиях. В некоторых ситуациях это весьма подходящий способ, особенно если вы способны при этом «быть скорым на слушание и медленным на слова». Это означает, что вы можете слушать собеседника внимательно, и в состоянии какое-то время подумать, прежде чем ответить. И тем не менее, важно в конце концов, выразить свой гнев либо тому, кто вызвал гнев и, возможно, если необходимо объяснить его причину, либо в безопасном месте просто дать возможность ему выйти наружу. Гнев должен быть вами признан и выражен в подходящей форме, иначе ваша эмоциональная система будет переполнена отрицательным содержанием и выйдет из строя в неподходящем месте и в неподходящее время.

2. Выражать свой гнев. Не очень задумываясь о том, что с вами происходит, чем вызвано ваше состояние, вы действуете под влиянием ситуации и сил, возникающих внутри вас, и выражаете гнев в момент его переживания «от всего сердца», с криком, угрозами, с использованием сильных язвительных выражений. Это может привести к следующему результату – вы освобождаетесь от сильной неприятной эмоции и даже, возможно, добьетесь от собеседника того, чего от него ждете. При этом он скорее всего ощутит обиду, почувствует себя оскорбленным и униженным, а вы, вероятно, будете испытывать вину за такой вулкан эмоций. И все это не способствует хорошим отношениям. Тем не менее, это не означает, что вы не должны проявлять гнев никогда и неким образом. Такой силы энергию, которая возникает в момент гневных переживаний, можно использовать для того, чтобы совершить дела, требующие большие физические затраты. Другими словами, этот запал необходимо растратить и направить в конструктивное русло, а не на разрушение.

3. Подавлять гнев. Фактически, это путь отрицания самого факта существования гнева в себе. Часто это исходит из того представления, что злиться не хорошо. Но гнев необходим нам, как важная составляющая нашего существования. Жизнь, в которой вообще нет места гневу, становится бессильной и нуждается в энергии. В жизни такого человека нет огня, нет и необходимого очищения. Без гнева человек «теплохладен» и безразличен ко всему. Игнорировать свой гнев означает то же самое, что смести весь мусор под ковер. Если не пытаться выразить гнев каким-либо приличным способом и таким образом избавиться от него, есть риск превратиться в жесткого и холодного человека. Подавленный гнев может проявиться также в пессимистическом отношении к жизни,

в постоянной ворчливости или раздражительности. Гнев существует в нашей жизни, он служит определенной цели, и это необходимо признавать. Игнорирование и подавление гневных и других отрицательных эмоций приведет вас в еще более худшее состояние. Разгневаться – еще не значит согрешить, но подавление гнева – это большая опасность впасть в грех.

4. Признать свой гнев. Это значит увидеть свой гнев еще до того, как он начинает выходить из-под контроля. При этом важно признать ответственность за собственное чувство и реакцию по отношению к другому человеку. Если не сделать этого, то вы будете продолжать лелеять свое недовольство, и тогда рано или поздно придете в состояние сильнейшей ненависти к другому человеку. Признать свой гнев до того, как его увидит ваш собеседник, не перекладывая вину за это чувство на него, – это очень трудная и все же посильная задача.

- Какова ваша обычная реакция на собственный гнев?
- Какие последствия подавленного гнева вы испытывали на себе?
- Чувствовали ли вы в таких случаях раздражение? Придирчивость? Ранимость?
- Можете ли вы сказать о себе, что иногда подавляете собственный гнев и не хотите признаваться в этом?
- Получается ли у вас признавать свой гнев или этому необходимо учиться?
- Что по-вашему будут говорить другие, когда вы открыто и честно признаетесь, что разгневаны на них (муж, дети, другие члены семьи, друг, приятель, сотрудник, начальник, пассажир в транспорте и т. д.).

Раздаточный материал к теме «НЕОБОСНОВАННЫЙ ГНЕВ».

Гнев – это жизненно важная, ценная и естественная эмоция. Как эмоция, она не может быть ни плохой, ни хорошей. Правильность или неправильность зависит от того, как человек освобождается от гнева и как его выражает. Гневаясь, необходимо быть внимательным к себе, так как в таком состоянии человек становится очень уязвимым: самоконтроль на низком уровне, разум затуманивается, здравый смысл покидает. Гнев очень легко переходит в горечь, в обиду, ненависть, злые помыслы и даже жестокость. Часто гнев выражается таким образом, что ранит и травмирует других людей, и не помогает нам и нашим близким.

Одна из причин необоснованного гнева – чрезмерно критичное отношение ко всему. Человек осуждающий – это, как правило, гневный, враждебно настроенный. Он постоянно занимается осуждением себя

и других вслух или мысленно. Такой человек не может быть счастливым и часто бывает одиноким, гневом отталкивая людей от себя.

- Как часто вы занимаетесь осуждением? Ищите ли в других только недостатки и слабые стороны?
- Часто ли вы мысленно или в слух критикуете других?
- Способны ли вы замечать сильные стороны ваших близких?
- Насколько жизненно важны для вас ваши претензии к окружающим?
- Говорите ли вы о других в пренебрежительном тоне в их отсутствие?
- Выдвигаете ли вы такие мерки для других, по которым не можете жить сами?
- Оказываете ли вы давление на других, чтобы они приняли ваши правила?
- Принимаете ли вы людей только тогда, когда они соответствуют вашим требованиям?

Человек бывает чрезмерно критичным, как правило, потому, что это отвлекает его внимание от себя. А ведь осуждая других людей, мы открываем свои слабые стороны. Мы осуждаем в других те промахи, которые отказываемся признать в себе, ненавидим в других те качества, которыми обладаем сами.

- Перечислите те недостатки, которые вы критикуете в других.
- Что это говорит вам о самом себе?

Не менее серьезной проблемой является отношение и способ обращения с такими эмоциями, как гнев.

Нездоровые реакции на гнев («инструкция к применению»).

- Игнорировать свои эмоции. Это значит убедить себя и другого, что ни сколько не злитесь, совсем не расстроены.
- Сдерживать свой гнев. Держаться на интеллектуальном уровне во время конфликта и не позволять другому узнать, что вы чувствуете на самом деле.
- Сохранять уверенность, что вы можете просчитать все варианты, которыми можете причинить боль. Тот, кто может просчитать все возможные ходы, может прервать спор первым и выйти из нее победителем, Сосредоточьтесь на победных очках!
- Обвинить другого в своих чувствах. Сделать это надо, «включив полную громкость». Необходимо также найти недостатки вашего близкого и указать на них.
- Сконцентрироваться целиком на неразумном поведении другого. При этом неизменно ощущается жалость к себе.

Многим людям необходимо не мало потрудиться для обретения социальных навыков и эмоциональной зрелости, чтобы использовать возникающие разногласия для укрепления отношений, чтобы участие в конфликтных ситуациях не разрушали ни вас, ни другого человека. Основная роль разногласий между людьми – это возможность укрепить отношения, в то время как незрелые личности избегают всяческих конфликтов, т.к. боятся разрушающего эффекта противоречий и лишают себя возможности улучшить общение. Для здорового разрешения конфликтов необходимо доверять другому в сфере чувств и эмоций. Это значит, говорить ему о своих чувствах, таких как боль, обида, гнев, разочарование, но также доверять признаниям другого, когда что-то сильно его задевает.

Здоровые реакции на гнев.

- Быть внимательным к своим эмоциям. Для этого необходимо забыть на время об аргументах и сосредоточиться на своих эмоциональных реакциях. Что вы чувствуете? Страх? Смущение? Превосходство?
- Признать свои эмоции. Это значит принять тот факт, что вы испытываете то или иное чувство и именно такой интенсивности.
- Понять, как возник этот гнев. Проследить начало его появления. С чем это связано.
- Сказать о своих эмоциях другому. Представьте это как факт, не объясняя и не истолковывая. Не обвиняйте своего близкого в этом, не осуждайте и себя тоже.
- Решить, что вам надо делать дальше. Что будет самым лучшим выходом? Возможно, начать разговор сначала, или отложить до того момента, когда вы сможете говорить более спокойно. В таком случае, необходимо помнить, что к этому разговору обязательно придется вернуться.

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы.

- Что именно вы хотели бы изменить в себе (гневливость, желание спорить, несдержанность т.д.)?
- Перечислите несколько причин, по которым вы хотели бы избавиться от этих качеств.
- Выберете из причин, по которым вы хотели изменить свое поведение или образ мыслей, самые главные.
- Напишите несколько первых конкретных шагов, которые вы собираетесь предпринять для такого изменения.
- Как конкретно вы собираетесь осваивать позитивный образ мышления?

Когда вы корректируете какие-то стороны своего поведения или отношения к жизни, то образуется пустота, даже если это связано с желанными изменениями, что вызывает неприятные чувства. Такая пустота требует заполнения. Зачастую человек выбирает неконструктивное поведение, чтобы заполнить эту пустоту, и в конечном итоге возвращается к прежним поведенческим стандартам. Чтобы этого не произошло, необходимо заменить отрицательное поведение положительным.

- Опишите, что именно вы собираетесь исключить из своего поведения и какими положительными действиями и отношениями заменить.
- Опишите конкретные ситуации и свое поведение, которое вы собираетесь изменить в соответствии со своими планами.
- Какие могут быть позитивные и негативные последствия нового образа мыслей и поведения в вашей жизни?

Упражнение «Коврик гнева»

(тренинг «Я-высказывания» в случаях возникновения гнева).

Сначала упражнение выполняет ведущий вместе с добровольцем из группы, который готов предоставить свой случай, где он испытывал гнев. После демонстрации и обсуждения участники подобным образом выполняют упражнение в парах.

На больших листах бумаги, на которых могут поместиться подошвы обеих ног, ведущий пишет порядок высказываний в тех случаях, когда человек испытывает гнев.

- На первом листе запись «Когда ты... (описание действий другого человека, которые вызывают гнев – факты без оценок, эпитетов, оценок)».
- На втором листе пишется «я испытываю... (название чувства, образ, сравнение, метафора и т. д.).»
- На третьем листе – «я готов в это время... (действие, на которое толкает данная эмоция и состояние).»
- На четвертом листе бумаги запись «я хочу... (желание получить в этот момент от другого).»

Ведущий помогает участнику пройти все эти ступени, корректируя высказывания с поддержкой и пониманием сложности выполнения данного действия

Практические принципы конструктивного подхода к гневу.

Важно отдавать себе отчет в том, что такое гнев, каковы его причины и как его конструктивно выражать, т. е. понять, что делать с гневом, когда он возникает лично у вас. Необходимо помнить, что справиться с гневом собственными силами очень сложно. Когда человек разгневан, ему особенно необходима помощь Высшей Силы. Вот несколько рекомен-

даций для того, чтобы ситуации возникновения гнева способствовали вашему духовному росту.

- Осознать свои эмоциональные реакции. Спросить себя, что я чувствую на самом деле.
- Определить свои эмоции и признаться себе в них. Признание не означает, что их тут же нужно выплескивать на окружающих.
- Понять, почему вы разгневаны (неудовлетворенность и разочарование, когда не осуществляются планы и желания, и т. д.). Если это так, то необходимо честно ответить себе на вопрос, чем вызвано разочарование, кто или что стало тому причиной, и какое конструктивное действие вы можете предпринять в данном случае. Если причиной гнева является угроза вашей физической или эмоциональной безопасности, то это естественная реакция, которая направлена на вашу защиту. Важно такому благоразумному негодованию по поводу несправедливости по отношению к вам или другим людям не позволять смешиваться с другими мотивами гнева, такими как эгоизм. Именно эгоизм чаще всего является причиной гнева, когда что-то происходит не так, как нам хотелось бы.
- Осознать, в какой степени вы участвовали в создании ситуации возникновения гнева у другого человека. Что именно в вашем поведении вызывает раздражение и гнев?
- Признаться в своих гневных эмоциях человеку, на кого вы рассердились.
- Проанализировать ситуации, в которых вы мгновенно вспыхивали от гнева и выражали его, нападая на другого эмоционально или физически. Если гнев – ваша моментальная реакция, то потренируйтесь в таких случаях брать паузу, делать глубокий вздох и считать медленно до десяти. После этого сконцентрируйтесь на сильных сторонах и позитивных качествах этого человека, вместо того, чтобы обращать внимание на его недостатки.
- Оценить, не слишком ли вы критично относитесь к другим людям. Если так, то постарайтесь более внимательно слушать другого и понять, что он чувствует. Вместо осуждения, попробуйте увидеть рациональное зерно в том, что он вам говорит. Возможно, вам есть чему поучиться у него. Попробуйте выразить ему благодарность и похвалить, вместо того, чтобы его критиковать.
- Возможно, бывают случаи, когда гнев и критика с вашей стороны необходимы. Постарайтесь выразить свое негодование таким образом, чтобы другой человек смог принять то, что вы скажете. Важно выбрать подходящее время, не забывать о такте, и главное, делать это с желанием помочь человеку, а не причинять ему боль.

- Если вы затрудняетесь в ситуациях возникновения гнева, поговорите с близким другом о своих чувствах и эмоциях.
- Поделитесь своими переживаниями и трудностями в эмоциональной сфере с Высшей Силой, откройте свою ситуацию и попросите помощи и руководства.

Этапы изменения обращения с гневом.

1. Ты оскорбляешь, думаешь об этом, и это тебя беспокоит.
2. Опять слышишь, как делаешь это. Беспомощно слушаешь, как слова срываются, как будто сами.
3. Ты знаешь, что собираешься оскорбить, но не можешь сдержать себя. Потом злишься на себя и решаешь быть лучше.
4. Опять раздражающая ситуация. Ты уже не можешь вести себя по-старому, но еще не знаешь, как использовать новый способ и выдаешь что-то невразумительное.
5. Ты опять раздражаешься на себя, просматриваешь ситуацию и продумываешь, что следовало бы сказать.
6. Сейчас ты уже желаешь такой ситуации, чтобы опробовать новый способ. Ты подготовился. Хотя слова кажутся необычными, но тон задан правильный. Все удивлены, и ты в том числе. Новый метод еще не стал частью твоей личности.
7. Ты уверенно и авторитетно начинаешь использовать все оттенки гнева. Теперь этот новый подход становится частью твоей личности.
8. И о, радость! В поведении близких ты узнаешь черты твоего нового поведения.
9. Увы, ты только человек. Ты делаешь ошибки. Не всегда у тебя хватает сил использовать этот новый подход. Даже при наличии навыков и желания все равно бывают тяжелые моменты, когда ничего не получается, и ты чувствуешь себя беспомощным и обескураженным.
10. Ты выздоравливаешь. Ты можешь экспериментировать и учиться. Ты говоришь себе: «Никакой метод не совершенен, но это лучшее, что у меня есть!»

Вопросы для обсуждения правила «Я-высказывания»

к темам «Язык ответственности» и «Эмоции и чувства».

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

- Напишите, что значит для вас «Я-высказывание». Для чего оно?
- Чем отличается «Ты-высказывание» от «Я-высказывания»?
- В каких ситуациях «Я-высказывание» уместно, эффективно, в каких нет?
- Все ли чувства можно высказать с помощью «Я-высказывания»?

- Может ли «Я-высказывание» обидеть?
- В чем разница между высказыванием чувств и высказыванием мыслей/оценок?
- Почему сложнее говорить о чувствах, чем высказывать мысли и оценки?
- Кому больше нужно «Я-высказывание» – тому, кто высказывает, или тому, кто слушает?
- Как реагировать на «Я-высказывания» другого?
- Как быть, если «Я-высказывание» не дает желаемого результата?

Раздаточный материал к теме «Язык ответственности».

Аристотель утверждал, что слова «обозначают умственный опыт» человека, т. е. написанные и сказанные слова являются «поверхностными структурами», которые представляют собой преобразованные психические и лингвистические «глубинные структуры». Слова могут одновременно отражать психический опыт и влиять на него. Язык, который использует человек, влияет на программирование психических процессов и других функций нервной системы, и в свою очередь психические процессы и состояние нервной системы формируют язык и языковые шаблоны. Изучая эти шаблоны, можно понять состояние нервной системы, психических процессов, а также степень ответственности человека за собственное состояние. Современный язык часто отражает стремление человека снять с себя ответственность за собственное поведение, мысли, чувства и ощущения. Например, такие вполне привычные и безобидные фразы, как:

1. Моя вспыльчивость меня убивает.
2. Ты меня огорчаешь (сердишь, обижаешь, радуешь).
3. Мне в голову пришла мысль.
4. Это меня раздражает.
5. Ты меня запутал.
6. Это не имеет значения.

При ближайшем рассмотрении выдают желание перенести ответственность за собственное состояние на кого-то или на что-то. Американский психолог Дж. Виер предложил внести в язык усовершенствования, которые бы отразили принцип ответственности за самого себя, и назвал его «ЯЗЫКОМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ». В нем есть несколько основных законов.

1. Описание своих переживаний (я, мой, мне).

Говорить о своих переживаниях, используя только личные местоимения я, мой, мне. Обычный язык прекрасно справляется с описанием

внешнего мира. Язык же ответственности концентрируется на внутренних переживаниях и истинных побуждениях.

2. Описание события (ты).

Местоимение ты использовать только при описании фактов, которые видят все. Если все же есть необходимость включить свое отношение к происходящему, то необходимо добавить «на мой взгляд», «по-моему», «мне показалось», «я увидел» и т. д.

3. Союз НО/И.

Использовать союз но тогда, когда необходимо отделить первую часть информации от второй. В остальных случаях вместо, но применять союз и, а также соединительные слова «вместе с тем», «в то же время», «и даже тогда», «и даже если», «хотя»... «Сегодня светит солнце, даже если завтра будет дождливо».

5. Я не могу/Я не хочу.

Применять словосочетание «я не могу» в тех случаях, когда есть внешняя сила или объективные обстоятельства, которые не позволяют что-то совершить. Проанализируйте, действительно ли вы говорите о невозможных вещах, которые вы объективно не в состоянии сделать, или они возможны, но вы отказываетесь их делать? Язык ответственности в таких случаях предлагает заменять «я не могу» словами «я не хочу». «Я не могу отстраниться» заменить на «Я не хочу отстраняться».

6. Мне надо/Я хочу.

Потребности – это движущая сила нашей жизни, в то же время, есть что-то совершенно необходимое, без чего не прожить (пища, воздух, вода и т. д), а также то, что было бы приятно, полезно, но не обязательно. В таких случаях, когда в обычной речи вы употребляете слова «мне надо», язык ответственности предлагает использовать словосочетание «я хочу». «Мне нужно, чтобы ты остался со мной» заменить на «Я хочу, чтобы ты остался со мной» или «Мне нужно сделать это» заменить на «Я хочу сделать это». Вдумайтесь, вы действительно в этом нуждаетесь или все же можете без этого обойтись?

7. Я должен/Я выбираю.

Помните, что у вас всегда есть право выбора, даже если вы выбираете из двух зол. В тех случаях, когда вы используете словосочетание «Я должен», попробуйте заменить его словами «Я выбираю». «Я должен ухаживать за больными родителями» заменить на «Я выбираю ухаживать за больными родителями».

8. Я боюсь думать/Я хотел бы.

Иногда люди даже бояться думать о том, чего бы им хотелось. В таких

случаях, попробуйте заменить «я боюсь» на «я хотел бы». Во всех утверждениях «я должен...», «я не могу...», «мне надо...», «я боюсь думать... желать...» подразумевается, что у вас нет выбора. На самом деле, выбор есть всегда. Изменение формулировок поможет вам поймать момент, когда вы сделали свой выбор неосознанно. После этого вы сможете увидеть другие свои возможности.

Раздаточный материал к домашнему заданию «КТО Я?».

Проанализируйте список высказываний «Кто Я?» по следующим пунктам:

Сколько ответов на вопрос вы написали (уровень самопрезентации):

- Не более 8 – низкий уровень.

Что мешает вам презентовать самого себя? Что страшного, неприятного вы хотите скрыть? Что мешает ответить на вопрос? Возможно, вы жестко контролировали и подвергали цензуре свои ответы? Может быть, вы не очень задумывались о том, что из себя представляете?

- От 9 до 17 – средний уровень самопрезентации.
- 18 и более – высокий уровень самопрезентации.

Не говорит ли это о том, что вы находитесь в состоянии соревнования, кто больше? Что вы хотите получить в результате выигрыша? Может быть, для вас это обычное стремление всегда сделать чуть больше, чем требуется?

- Посмотрите, нет ли у вас повторяющихся и схожих ответов. Какой темы они касаются? Это показатель волнующей вас проблемы. Какой характеристике он соответствует? С чем связано ваше застревание на этом? Такие ответы необходимо объединить в одно и произвести новый подсчет.
- Сколько у вас ролевых и формально-биографических характеристик? Какое место они занимают? Если их большинство, то для вас важным является сумма ваших социальных ролей. Где при этом ваша индивидуальность, которая отличает вас от других людей, являющихся носителями таких же ролей? Выдвигая на первый план эти свои характеристики, о каких других вы предпочитаете не думать?
- Какую часть составляют ответы, отражающие то, как о вас думают другие?
- Какую часть составляют ответы, отражающие то, что другие не знают о вас, то, что вы стараетесь скрыть?
- Есть ли характеристики, которые говорят о планах на будущее? Или больше тех, которые отражают прошлые события? К какому времени относятся ваши ответы: к будущему, прошлому или настоящему? Если

к прошлому, то, что в прошлом вас больше привлекает – позитив или негатив? Кажется ли вам прошлое лучше или хуже настоящего? Чего больше, ностальгии по доброму прошлому или борьбы со вчерашними неудачами? Какие проблемы сегодняшнего дня вы не решаете, застревая в прошлом? Или перескакивая в день завтрашний? Связывая многое с завтрашним днем, что вы оставляете дню сегодняшнему?

- Если характеристики вне времени и относятся к сегодняшнему дню также, как ко вчерашнему и завтрашнему, то как вы осознаете собственные изменения? Вам больше нравится состояние стабильности и постоянства? Может быть это связано с тем, что вы боитесь изменений, чего-то нового, неизвестного?
- Какие характеристики преобладают, которые говорят о проблемах или ваши позитивные качества?
- Подсчитайте, положительных или отрицательных качеств («+» или «-») больше? Это уровень вашего отношения к себе – принимаете ли вы себя, отвергаете ли, любите или нет, безразличны или не знаете, как к себе отнестись.

Раздаточный материал по теме «Принятие».

Качества человека, принимающего себя.

1. Он верит в определенные ценности и принципы и может защищать их даже при сильном сопротивлении большого количества людей. Он ощущает себя достаточно защищенным, поэтому может быть гибким и менять свои взгляды и ценности, если его опыт показывает ему, что они ошибочны.

2. Он способен действовать согласно своим убеждениям, не чувствуя вины и не сожалея о своих действиях, даже когда другие не одобряют того, что он сделал.

3. Он не очень сильно беспокоится, что будет завтра, что было в прошлом.

4. У него есть уверенность, что его проблемы будут решены, даже если сейчас он сталкивается с неудачами и препятствиями, он понимает, что они временны.

5. Он чувствует себя равным среди людей – не выше и не ниже, не зависимо от различий в способностях, качествах, в происхождении или в отношении к нему.

6. Относительно непринужденно общается, умеет, как отстаивать свою правоту, так и соглашаться с мнением других.

7. Он соглашается с тем, что интересен и ценен для других.

8. Он может принимать похвалу, не прикрываясь ложной скромностью, и выслушивать комплименты, не чувствуя себя виноватым.

9. Он обычно сопротивляется попыткам других управлять собой.

10. Он способен понимать свои и чужие чувства, умеет контролировать свои порывы.

11. Он может принять мысль и признаться перед другими, что способен чувствовать широкий спектр побуждений и желаний от ненависти до любви, от печали до счастья, от чувства глубокого осуждения до полного принятия.

12. Он способен наслаждаться множеством занятий: работой, игрой, любимым делом, дружбой или бездельем.

13. Он чувствителен к нуждам других и не будет наслаждаться за их счет.

14. Умеет находить в людях хорошее, верит в их порядочность, несмотря на их недостатки.

Глава 4.

Психокоррекционная программа реабилитации пациентов «Резонанс плюс»

Тумольская Е.А.

Общая цель программы реабилитации «Резонанс плюс».

Психокоррекция эмоциональной составляющей жизни пациентов, подвергшихся пагубному воздействию аддиктивной среды (та или иная форма химической и нехимической зависимости окружения) и стабилизация эмоционального фона. Программа направлена на:

- углубленное изучение причин и последствий трансформации личности и ее эмоциональной сферы в связи с зависимым окружением,
- коррекция в плане построения межличностных взаимоотношений,
- обретение навыков поддержания позитивного мышления и настроения.

Объект.

Мужчины и женщины старше 18 лет с проблемами созависимости, а также с любого рода химической и нехимической зависимостью, прошедшие первичный курс необходимых реабилитационных мероприятий, направленных на поддержание ремиссии. Обладающие необходимыми для этого навыками, имеющие срок ремиссии не менее 3-х лет, а также прошедшие программу «Резонанс» и находящиеся в созависимых отношениях.

Предмет.

- Личная история формирования у пациентов признаков созависимости и ее картина в настоящем.

- Последствия трансформации эмоциональной сферы участников и ее реконструкция.
- Способность идентифицировать и контейнировать эмоции.
- Проблема саморегуляции, стрессоустойчивости и самоуважения.

Актуальность.

Эмоциональная составляющая жизни пациентов, подверженных воздействию аддиктивного окружения, является важным фактором, влияющим на ход выздоровления. Дезорганизация этой сферы напрямую связана с риском рецидива заболевания (любого вида химической, нехимической зависимости и созависимости). Данная программа является продолжением коррекции созависимого поведения и ориентирована в большей степени именно на психологическую составляющую заболевания.

Задачи.

- Первичная диагностика пациентов и прояснение личных целей, задач и уровня мотивации на изменения;
- формирование мотивации на сотрудничество между ведущими и пациентами;
- выявление разрушительных паттернов поведения, в т. ч. нездоровых форм реагирования в сложных ситуациях;
- формирование убеждений, способствующих гармоничному развитию личности и ее конструктивному функционированию;
- прояснение роли эмоций как способа ориентировки в отношениях с аддиктивным окружением;
- тренинг конструктивного выражения эмоций;
- повышение самооценки и самоуважения;
- выявление ресурсов и возможностей с привлечением обретенных навыков для построения качественно новых удовлетворяющих отношений.

Содержание, методики, техники.

При работе по решению актуальных задач на каждом этапе группового процесса используются соответствующие методики и техники на усмотрение ведущих, а именно:

1. Предварительный сбор информации о потенциальных участниках группы. Индивидуальная консультация, диагностическое интервью.

2. Прояснение целей, задач и ожиданий пациентов, выявление актуального состояния. Используется опрос, анкетирование, тестирование.

3. Создание продуктивного альянса и мотивации на сотрудничество. Применяются методики клиент-центрированного подхода и техники гештальт-терапии.

4. Решение задач по выявлению разрушительных паттернов и убеждений, которые поддерживают неконструктивные стили поведения, осуществляется с применением сказкотерапии, элементов психодрамы и арт-терапии.

5. Прояснение роли эмоций и тренинг их конструктивного выражения. Применяются техники когнитивно-бихевиорального и экзистенциального подходов.

6. Повышение самооценки, самоуважения, а также задачи выявления и активизации ресурсов для дальнейшей ресоциализации решаются с помощью соответствующих поддерживающих упражнений, домашних заданий и позитивной обратной связи от участников и ведущих.

Показания.

Рекомендуется тем пациентам, которые прошли необходимый первичный курс реабилитационных мероприятий, направленных на преодоление проявлений созависимости (желательно, программу «Резонанс»), выполняют предписанные рекомендации, находились или находятся под влиянием зависимого окружения и нуждаются в стабилизации эмоционального фона.

Противопоказания.

Психиатрическое или наркологическое заболевание в стадии обострения, умственная отсталость, признаки старческой деменции или иное на усмотрение ведущих

Форма работы.

Групповая работа, индивидуальная по запросу и по показанию (рекомендации специалистов, ведущих программу). Группа с открытым режимом до 3-го занятия включительно или по достижению списочного состава участников количеством 18 чел.

Персонал программы.

Программу ведут 2 специалиста, обладающих опытом групповой работы с зависимыми и созависимыми:

- Психолог – 1.
- Специалист по социальной работе – 1.

Время реализации.

16 занятий (3,5 мес) двумя циклами в течение академического года (с сентября по май включительно). В каждом цикле, имеющем свою тематическую направленность, решаются сходные задачи, и группа набирается заново. Обязательное условие – любую из тематических групп участник может пройти только однажды.

Режим и длительность проведения.

Занятие проводится 1 раз в неделю в дневное время, продолжительность занятия 2,5 часа.

Дополнительно.

Реабилитация проводится на бесплатной основе с соблюдением анонимности пациентов. Поступление в программу возможно через консультацию у ведущих группы, где пациент знакомится с целями, задачами реабилитации, формами работы, условиями посещения (трезвость, согласие соблюдать правила и нормы групповой работы), а также проводится диагностическое интервью с целью выявить актуальное состояние и уровень мотивации на изменения.

Информационный компонент.

Размещение информации на стендах диспансера, в сети Интернет и пр.

Контроль качества.

Наблюдение, тестирование, ретестирование, опрос, анкетирование участников.

Документация.

Общий журнал с описанием занятия (структура, результат), индивидуальные журналы специалистов.

Материалы, оборудование.

- помещение для занятий – теплый хорошо освещенный и проветриваемый зал,
- стулья для ведущих и пациентов (35–40 шт),
- дисковый проигрыватель для проведения медитаций,
- компьютер, принтер, ксерокс,
- доска для флипчарта,
- расходные материалы (писчая бумага для рисования и ксерокса, фломастеры, карандаши, пластилин, скотч, степлер, бумажные салфетки и проч.).

Раздел VII.

Амбулаторные реабилитационные программы «Равновесие», «Отражение» и «Cito».

Глава 1.

Амбулаторная реабилитационная программа «Равновесие».

Пономарева Е.И.

Новизна, актуальность.

Амбулаторная реабилитационная программа «Равновесие» для людей с пищевой зависимостью была создана в апреле 2009 года по запросам зависимых от ПАВ и их родственников. Люди с устойчивой ремиссией столкнулись с новой для себя проблемой компульсивного переедания. Наибольшее количество обращений было связано с неудовлетворенностью пациентами в области отношений с окружающими людьми, с близкими в семье. Общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством, чувство пустоты, фрустрация при утрате объекта любви, личностная тревожность, ситуации, требующие усиленной деятельности и повышенного напряжения могут стать поводом к импульсивной еде. Тем самым еда превратилась не в физиологическую потребность тела, а явилась релаксатором и стабилизатором эмоционального состояния, фактически выполняя функцию ПАВ.

Общая цель программы.

Целью программы является формирование устойчивой мотивации на здоровый образ жизни (физическое, духовное и душевное здоровье) и обретение навыков и знаний для решения проблем с пищевой зависимостью. Помощь пациентам в воздержании компульсивного переедания и снижения веса.

Объект.

Мужчины и женщины от 18 лет, имеющие опыт выздоровления от ПАВ и/или созависимости, с проблемами пищевой зависимости и лишнего веса.

Предмет.

Различные виды пищевых нарушений, вызванные реагированием на стрессы, жизненные обстоятельства, конфликты в отношениях и неудовлетворенные потребности.

Задачи программы.

1. дать достоверную информацию о пищевой зависимости как о болезни и влияние ее на все сферы жизни (БПСД);
2. научиться различать физиологический голод и компульсивное употребление пищи;
3. осознание и выработка новых моделей пищевого поведения;
4. умение устанавливать и соблюдать границы в общении с окружающими;
5. создание нового внутреннего образа и адекватной самооценки, реабилитация «Я» в собственных глазах и достижение уверенности в себе;
6. коррекция отношения к другим, приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;
7. коррекция системы ценностей, потребностей, желаний, ранее замещаемых едой;
8. коррекция неадекватного образа жизни и подавленности, распознавание своих чувств и их выражение, создание позитивного мышления;
9. любовь к себе, как одно из условий выздоровления от пищевой зависимости.

Содержание, методики, техники.

Занятия проводятся в соответствии с основной концепцией программы (био-психо-социо-духовное единство здорового образа жизни). Темы разбираются на четырех уровнях: физическом, эмоциональном, социальном и духовном.

Программа состоит из нескольких этапов:

1. Знакомство и уточнение индивидуальных целей.
2. Исследование саморазрушающих пищевых привычек и общей жизненной ситуации.
3. Ведение дневника и освоение новых режимов приема пищи.
4. Работа с алгоритмом (событие, мысль, чувство, действие).
5. Создание нового внутреннего образа, новых моделей поведения в межличностном общении.
6. Обобщение результатов и закрепление новой личностной позиции, новые цели и задачи.
7. Применяются методики и техники рационального, клиент-центрированного, экзистенциального, когнитивно-бихевиорального и других подходов, а также элементы арттерапии, психодрамы, гештальт-терапии, трансактного анализа, поведенческой, позитивной, телесноориентированной психотерапии. Кроме этого, различные подходы, позволяю-

щие повысить самооценку, обратная связь от других участников группы, информационный материал.

Используются следующие методы работы.

1. анкетирование, опрос;
2. беседа;
3. групповая дискуссия;
4. упражнения тренингового характера;
5. мозговой штурм;
6. ролевая игра;
7. работа в малых группах;
8. рефлексия опыта, полученного на занятиях.

Показания.

Рекомендуется для получения помощи тем пациентам, которые прошли первичный курс реабилитации от ПАВ и имеют срок ремиссии не менее трех лет; людей созависимых, из дисфункциональных семей. Осознающие в настоящий момент проблему компульсивного переедания (лишний вес, анорексию, булимию, пищевые пристрастия, чрезмерное употребление пищи в вечернее и ночное время суток, «кусочничество»), приносящей ущерб организму. Одним из условий поступления в программу является наличие мотивации к изменению.

Противопоказания.

Психиатрическое или наркологическое заболевание в стадии обострения, умственная отсталость или иное на усмотрение ведущих группы.

Форма.

- Групповая.
- Индивидуальные консультации по запросу участника и по рекомендации специалистов программы.
- Группа, открытая в начале (2–3 занятия) с последующим закрытием и рекомендациями посещения групп самопомощи.

Персонал программы.

Персонал – 2 специалиста: 1 психолог, 1 специалист по социальной работе, обладающих опытом проведения групповой реабилитационной работы с зависимыми и созависимыми.

Время реализации.

С октября по май, 2 группы по 16 занятий. Занятия проводятся 1 раз в неделю. Продолжительность занятия – 2 часа.

Дополнительные условия.

Поступление в программу бесплатно и анонимно через консультацию у специалистов программы, где специалист выясняет наличие проблемы, предварительно знакомит пациента с целями и задачами реабилитации, условиями посещения (трезвость, регулярность участия).

Информационный компонент.

Размещение информации на стендах диспансера, распространение листовок, проспектов на группах самопомощи и других реабилитационных программах.

Контроль качества.

Наблюдение, тестирование, ретестирование, опрос, анкетирование и отзывы участников.

Документация.

Общий журнал с описанием каждой групповой встречи, индивидуальные журналы специалистов программы.

Материалы, оборудование.

1. помещение для занятий – теплый хорошо освещенный и проветриваемый зал, пригодный для проведения лекций и тренингов,
2. необходимое количество стульев (20–25 шт.),
3. доска для флипчарта,
4. дисковый проигрыватель для проведения медитаций,
5. компьютер, принтер, ксерокс,
6. расходные материалы в необходимом количестве (писчая бумага для рисования и ксерокса, фломастеры, карандаши, пластилин, скотч, степлер, бумажные салфетки и проч.).

Глава 2.

Приложение. Программа «Равновесие».

1.1 Вопросы, помогающие определить навязчивое переедание и то, насколько искажены, ваши взаимоотношения с едой.

Чем больше вы ответите «да», тем серьезнее нарушено ваше пищевое поведение.

1. Принимаете ли вы пищу, когда не голодны? _____
2. Переедали ли вы, без какой-либо видимой причины (застолье, день рождения)? _____
3. Чувствуете ли вы вину или раскаяние, после переедания? _____
4. Уделяете ли вы много времени мыслям о еде? _____
5. Ожидаете ли вы с предвкушением времени, когда сможете в одиночестве? _____
6. Планируете ли вы тайный прием пищи заранее? _____
7. Едите ли сдержанно в присутствии других людей, а затем наверстываете упущенное в одиночку? _____
8. Прячете ли вы свою еду? _____
9. Пытались ли сидеть на диете неделю (или больше), но не выдерживали? _____
10. Обижаетесь ли на тех, кто говорит вам «используете силу воли, для того, что бы прекратить объедаться»? _____
11. Продолжаете ли утверждать, что можете воздерживаться самостоятельно, не смотря на очевидность обратного? _____
12. Жаждете ли поесть, определенное время, день или ночь, кроме времени приема пищи? _____
13. Вы едите, что бы избежать забот и неприятностей? _____
14. Вас когда ни будь лечили от тучности, лишнего веса, или другого связанного с приемом пищи состояния? _____
15. Ваше пищевое поведение делает вас или (кого ни будь) несчастным? _____
16. Затрагивает ли ваш вес состояние вашего здоровья? _____
17. Чувствуете вы себя вялым или сонным? _____
18. Желаете ли вы определенных типов продуктов: мучного, сладкого, жирного и т. д.?
19. Есть ли в вашем рационе, продукт в процессе приема которого, вам трудно остановиться? _____
20. Бывает ли у вас «абстинентный синдром» при попытке отказаться от сладкого (слабость, головокружение, тошнота)? _____
21. Вы когда-нибудь испытывали дискомфорт, болевые ощущения после переедания или злоупотребление некоторыми видами пищи? _____

1.2 Анкета при поступлении в программу «Равновесие».

Ф. И. О. _____

Пол _____ Год рождения _____

Контактный телефон _____

Образование _____ Специальность _____

Место работы, учебы _____

Семейное положение? _____

Были ли проблемы с компульсивным перееданием? _____

Когда вы осознали проблему? _____

Считаете ли вы, что у вас есть излишний вес? _____

Как повлияли проблемы на ваше здоровье? _____

Обращались ли вы за профессиональной помощью? _____

Лечились ли вы, от какой либо зависимости? _____

Были ли попытки решать проблему самостоятельно? Какие действия вы предпринимали? (голодания, диеты, занятия спортом и прочее). _____

Каковы были результаты? _____

Как долго вы смогли удержать полученный результат? _____

Есть ли проблемы в семье? (алкоголизм, наркомания, хроническая болезнь, семейная тайна, психологическая проблема). _____

Что больше всего беспокоит вас в данный момент? _____

Цель вашего прихода в программу? _____

Чем программа может вам помочь? _____

Какой вид пищи (продукт) вызывает неконтролируемое употребление?

Как часто _____ Количество _____

Ваши ожидания и пожелания:

Дата поступления _____ Подпись _____

1.3 Основные признаки наличия проблем связанных с нарушением пищевого поведения.

1. Одержимость весом.
2. Частые перекусы.
3. Низкокалорийные диеты.
4. Голодание.
5. Изнурительные спортивные тренировки.
6. Вызывания рвоты после еды.
7. Употребление слабительных и мочегонных средств.
8. Жевание, затем выплевывание пищи.
9. Использование диетических таблеток и инъекций для контроля веса.
10. Хирургическое вмешательство по поводу коррекции веса, фигуры.
11. Не способность прекратить определенную пищу, после первого куса.
12. Ночная еда, поздний ужин.
13. «Пищевой кутеж».
14. Безостановочное употребление пищи.
15. Использование пищи как награды или утешения.

Глава 3.

Амбулаторная реабилитационная программа «Отражение»

Петрова И.В., Плющева О.А., Федорова А.А.

Цели.

Психокоррекция психосоциальной составляющей жизни пациентов, измененной вследствие влияния болезни (та или иная форма зависимости, созависимости). Данная программа, направлена на исследование, изменение, улучшение качества жизни в период поддержания ремиссии, а именно:

- а) проблем адаптации, ресоциализации в старой среде и формирование нового круга общения, исследование деструктивных форм реагирования;
- б) проблем семейных отношений (семейные роли, сценарии, старые установки, конфликты), их трансформация;
- в) проблем профессиональной сферы (сложности в принятии решений, ответственности за собственные действия, осознании и принятии своих ошибок; а также стрессоустойчивость, самореализация и планирование перспективы).

Объект.

Мужчины и женщины от 18 лет (в т. ч. семейные и супружеские пары) с проблемами пагубного употребления ПАВ, различными формами зависимости и созависимости после выхода из острого состояния и про-

хождения курса необходимых психологических реабилитационных и других мероприятий, т. е. ремиссией не менее четырех месяцев.

Предмет.

а) картина болезни, её социальный компонент, б) личные особенности пациента, проявляющиеся в социальной сфере его жизни, в) особенности реагирования в общении с другими людьми, проживании стресса, конфликтов, сложности принятия решений и ответственности за выбор, аутодеструктивные тенденции и прочее, г) ресоциализация в условиях построения новых форм взаимоотношений с окружающими.

Новизна, актуальность.

Без выздоровления в социальной составляющей болезни, ремиссия пациента будет неустойчивой и кратковременной. Работа в данной программе предполагает помощь пациенту в решении конкретных, возникающих у него в процессе выздоровления, повседневных вопросов и задач. Из наблюдений за пациентами, завершившими курс первичной реабилитации замечено, что наибольшее количество обращений к психологам за поддержкой связано с неудовлетворением пациентами их изменений в области отношений с окружающими людьми, с близкими в семье и в профессиональной среде. Подобное часто приводит к срыву, возврату к болезни, или к зависимым отношениям с психологом. Часто психолог видится пациенту спасателем, опекуном, на которого перекладывается ответственность за принятие важных решений в сложных жизненных ситуациях. А также способствует замыканию пациентов только на «своём безопасном» круге общения в группах анонимной самопомощи, к затруднению в формировании контактов вне этого круга.

Задачи.

В процессе проведения лечебных мероприятий предусматривается выполнение следующих задач в пяти последовательных этапах:

- 1) прояснение реалистичности предъявляемых пациентом ожиданий к своему выздоровлению – первичная диагностика личности пациентов;
- 2) выявление ошибок в построении социальных отношений (друзья, семья, работа), изменение старых сценариев и установок, формирование новых – психокоррекционные мероприятия;
- 3) профилактика «синдрома неудачника», работа с низкой самооценкой – подкрепление мотивации к изменениям;
- 4) «работа над ошибками», проверка усвоенных навыков, в т. ч. преодоления стрессов и конфликтов – обобщение полученных пациентами результатов;

5) завершающий этап, с обсуждением экзистенциальных тем (ответственность, одиночество) – формирование зрелой, самостоятельной, твёрдой и реалистичной позиции в дальнейшей жизни пациентов, их выздоровлении.

Содержание, методики, техники.

Программа состоит из пяти последовательных этапов, основное время среди которых уделяется второму (см. задачи программы). Методы и техники, применяемые на каждом этапе, варьируются на усмотрение ведущих группы, исходя из готовности её участников, их запросов и процессов групповой динамики.

Первый этап предусматривает знакомство и уточнение индивидуальных целей пациентов, а также элементы психологической диагностики. Используются анкетирование, опрос, проективные и другие методики.

Второй этап включает коррекцию психосоциальной сферы пациентов. Используются методики рационального, когнитивно-бихевиорального, экзистенциального и пр. подходов, техники арт-терапии, элементы психодрамы, гештальт-терапии, транзактного анализа и другие упражнения, способствующие выполнению данных задач, информационный материал.

Третий этап подразумевает подкрепление и поддержку пациентов к реализации желаемых изменений. Применяются различные методы, повышающие мотивацию и самооценку пациентов, укрепляющие стрессоустойчивость.

Четвертый этап имеет целью проведение «экологической проверки», что и как удалось или не удалось пациентам при применении полученных навыков на практике, обобщение результатов, их закрепление. Осуществляется с помощью обратной связи от участников психокоррекционной группы, письменных домашних заданий и пр.

Пятый завершающий этап помогает пациентам укрепить самостоятельность и зрелость, новую личностную позицию, установить реальный взгляд на окружающий его мир. Осуществляется с помощью поддержки и подкрепления от ведущих и участников группы, обсуждения экзистенциальных тем.

Показания.

Рекомендовано для получения помощи тем пациентам, которые прошли первичный курс реабилитации и, продолжая выполнять рекомендации, сталкиваются в процессе своего выздоровления с трудностями психосоциального характера, испытывая чувства страха перед новым, одиночества, потери опоры, надежды и пр.

Противопоказания.

Отсутствие мотивации пациентов, психиатрическое и наркологическое заболевание в стадии обострения, умственная отсталость или иное на усмотрение ведущих группы.

Форма.

Групповая; индивидуальная по запросу участника или по рекомендации специалистов программы. Открытая группа вначале, с поступлением новых участников через индивидуальное консультирование со специалистами программы, с перспективой закрытия группы для новых поступлений участников на втором этапе.

Персонал программы – 4 специалиста (медицинские психологи, психологи, специалисты по социальной работе), обладающих опытом проведения групповой реабилитационной работы с зависимыми и/или со-зависимыми. Время реализации – 8 месяцев (с октября по май). Частота встреч – групповые занятия два раза в неделю. Длительность занятия – 3 часа с перерывом.

Дополнительные условия.

Поступление в программу бесплатно, анонимно и предваряется знакомством пациентов с целями, задачами реабилитации, заполнением соглашения, разделяющего ответственности сторон и оговаривающего условия посещения пациентами данной программы (трезвость, регулярность участия).

Информационный компонент.

Размещение информационных блоков на стенде в диспансере, распространение листовок, проспектов и размещение информации в СМИ, сети интернет и пр.

Контроль качества.

Наблюдение, тестирование, ретестирование, опрос, анкетирование участников и пр.

Документация.

Общий журнал результирующий каждую групповую встречу, документация на каждого пациента и индивидуальные журналы специалистов программы.

Материалы, оборудование.

1. Помещение для занятий: теплая хорошо проветриваемая комната 18–20 м, пригодная для проведения лекционных и тренинговых занятий.

2. Необходимое количество стульев (15–20шт)
3. Дисковый проигрыватель для проведения упражнений и медитаций.
4. Видео проигрыватель и телевизор для демонстрации стимульного материала.
5. Доска для флипчарта или стационарная.
6. Расходные материалы (бумага, фломастеры, канцтовары и т. п.).

Глава 4.

Приложение. Программа «Отражение».

1.1 Соглашение участника программы «Отражение».

« _____ » _____ 20__ г.

Амбулаторная психокоррекционная программа «Отражение» Российского Благотворительного Фонда «Нет алкоголизму и наркомании» в лице _____

и клиента (ки) программы (Ф.И.О.) _____

_____ за-
ключили соглашение о следующем:

Программа предоставляет клиенту:

1. Групповые психокоррекционные занятия.
2. Информационные семинары по тематике программы.
3. Индивидуальное консультирование (по запросу клиента).

В период прохождения курса программы клиент обязуется:

1. Отказаться от употребления любых веществ, изменяющих сознание. В случае назначения клиенту каких-либо медикаментов, а также в случае срыва он должен известить об этом сотрудников программы.
2. Участвовать во всех занятиях, указанных в расписании. О возможных пропусках и опозданиях заранее предупреждать сотрудников программы.
3. Выполнять задания и рекомендации сотрудников программы.
4. Уважительно относиться к клиентам и персоналу. Отказаться от критики и сплетен в отношении других клиентов программы, не нарушать анонимность и конфиденциальность.
5. Бережно относиться к учебным материалам, методическим пособиям и имуществу, а в случае их порчи по вине клиента, полностью возмещать их стоимость.

6. Воздерживаться на занятиях от споров по политическим, национальным, религиозным и пр. не относящимся к тематике программы вопросам.

7. Курить только в отведенных местах (на улице).

8. Не пользоваться сотовыми телефонами во время занятий.

В период прохождения программы запрещается:

1. Находиться на занятиях амбулаторной программы в нетрезвом виде и приносить любые вещества изменяющие состояние сознания.

2. Приносить (в том числе, если есть разрешение) оружие любого вида.

3. Демонстрировать любые формы насилия, оскорбления, угрозы.

Персонал амбулаторной программы берет на себя следующие обязательства:

1. Обеспечить клиента достоверной, научно-обоснованной информацией и квалифицированной психокоррекционной помощью.

2. Исключить во время посещения занятий клиентом ущемление его прав со стороны других клиентов или персонала.

4. Соблюдать конфиденциальность, не разглашать информацию личного характера о клиенте.

Нарушение данного соглашения является поводом для его расторжения.

ПОДПИСИ СТОРОН.

С правилами данной психокоррекционной программы ознакомлен (а) и согласен (на):

Ф. И.О. клиента _____ подпись _____

Ф. И.О. сотрудника программы _____ подпись _____

1.2 Анкета участника программы № 1.

1. Имя, отчество _____
 2. Дата рождения _____
 3. Образование _____
 4. Профессия/специальность _____
 5. Социальный статус (учусь, работаю, не работаю, пенсионер, пр.) _____
 6. Семейное положение _____
 7. Наличие детей (укажите их возраст и пол) _____
 8. Ближайшие родственники и другие значимые люди в Вашей жизни _____

 9. С кем проживаете? _____
 10. Есть ли у Вас зависимость? (укажите какая и стаж чистоты, трезвости) _____
 11. Сталкивался ли кто-то из Вашей семьи с проблемами зависимости? (укажите кто, с какими) _____
 12. Есть ли у Вас какие-либо заболевания, в т. ч. хронические? _____
Какими видами помощи Вы пользовались? _____
 13. Опишите своё эмоциональное состояние на сегодня _____
 14. Опишите проблемы, которые привели Вас в программу _____
 15. Какую помощь Вы хотите получить в программе? _____
 16. Каковы Ваши цели? _____
- Ваш контактный телефон _____

Дата _____ Подпись _____

1.3 Анкета участника программы № 2.

ФИО или имя _____

Пожалуйста, допишите неоконченные предложения.

Благодаря участию в занятиях, я хочу научиться:

В группе я хочу узнать, что:

На занятиях я хочу найти подтверждение/опровержение тому, что:

В процессе групповой работы я хочу про себя узнать:

Самым важным для меня в процессе работы в группе будет:

Что конкретно я хочу прояснить для себя в процессе работы?

В данный момент как Вы настроены по отношению к своему будущему?

Я пойму, что ходил на занятия не зря, если к окончанию группы я _____

Дополнительно я хочу сообщить:

Спасибо, за Вашу искренность.

1.4 Анкета участника программы «Отражение». Итоговая.

ФИО или имя _____

Пожалуйста, допишите неоконченные предложения.

Благодаря участию в занятиях, я научился:

В группе я узнал, что:

На занятиях я нашел подтверждение тому, что:

В процессе групповой работы я обнаружил, что:

Я был удивлен тем, что:

Мне понравилось, что:

Я был разочарован тем, что:

Самым важным для меня в процессе работы было:

Неясным для меня осталось:

Ответьте на следующие вопросы.

Доволен ли я своим вкладом в группу? _____

Могу ли я для себя отметить какую-нибудь взаимосвязь между вкладом и полученной пользой? _____

Что помогало мне вносить свой вклад в работу группы, а что мешало делать это?

Вы считаете, что сможете использовать то, чему здесь научились, в личных отношениях или же в профессиональной сфере? _____
В данный момент как Вы настроены по отношению к своему будущему?

Получили ли Вы то, зачем пришли на группу? Уточните: _____

Вы получили в этой группе какой-нибудь действительно новый опыт в отношении себя самого или нет? Уточните: _____

У вас есть какие-нибудь конкретные планы на ближайшее будущее или нет? Уточните:

Достигли ли Вы той цели, ради чего посещали программу? _____

Приведите примеры: _____

Помогите ведущим группы, напишите, что, по Вашему мнению, нам еще следовало бы знать? _____

Спасибо, за Вашу искренность.

Глава 5.

Амбулаторная реабилитационная программа «Cito».

Краткосрочная информационно-консультативная программа «Cito».

Ларина О.В.

Актуальность.

В последние годы становится очевидным факт необходимости психологической реабилитации пациентов, страдающих различными формами аддиктивного поведения, в частности зависимостью от алкоголя и наркотиков.

Существуют различные формы проведения подобных реабилитационных мероприятий: терапевтическое сообщество, стационар, дневной стационар, амбулаторные программы и т. д.

Принято считать, что долгосрочные программы являются наиболее предпочтительными для химически зависимых пациентов. Тем не менее, существует категория пациентов, по разным причинам отказывающихся пройти курс интенсивной реабилитации, для них существуют формы краткосрочных и менее интенсивных программ. Однако, согласно проведенным в Великобритании, США, Новой Зеландии исследованиям, были опубликованы данные, по которым можно утверждать, что прохождение краткосрочных амбулаторных программ имеет примерно такой же процент эффективности, как и долгосрочные методы лечения.

Jason Luty в своем обзоре писал: «Получены согласованные результаты исследований, свидетельствующие о том, что менее интенсивные варианты лечения настолько же эффективны, насколько и более интенсивные (Chick et al, 1988). Например, Edwards и коллеги (1977) сообщили о другом классическом испытании с участием 100 мужчин с алкогольной зависимостью, распределенных в случайном порядке в две группы: терапевтическую и консультативную. Терапевтическая группа участвовала в 12-месячной программе, предусматривавшей введение в общество Анонимных Алкоголиков (АА), назначение цианамида кальция (calcium Cyanamid в РФ зарегистрирован под торговой маркой «Колме») и лекарственных препаратов для устранения симптомов синдрома отмены, регулярные контакты с психиатром, советы по поддержанию трезвости и по решению межличностных проблем, а также регулярную поддержку жены пациента социальным работником. Испытуемым в консультативной группе предлагалось только доброжелательное разъяснение, что ответственность за улучшение их состояния лежит на них самих, им также советовали полностью воздерживаться от употребления алкоголя. По-

лученные в обеих группах результаты, включая потребление алкоголя, не различались. Например, через 12 месяцев 50–60% испытуемых в каждой группе все еще имели существенные проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Эти результаты были подтверждены при изучении других популяций. Например, Charman и Huugens (1988) опубликовали результаты исследования 113 мужчин с алкогольной зависимостью в Новой Зеландии, в случайном порядке распределенных в группу, в которой было проведено только одно конфронтационное интервью, и в группу с 12-недельной программой, включавшей шестинедельное стационарное лечение. Между группами не было выявлено различий, при этом в каждой из них примерно треть испытуемых продолжали воздерживаться от употребления алкоголя через 18 месяцев. В США проект MATCH продемонстрировал очень похожие результаты при изучении эффективности трех разных методов психотерапии (Project MATCH Research Group, 1997). Курс из четырех сеансов психотерапии, нацеленной на повышение мотивации, оказался таким же эффективным, как и 12 сеансов двух других методов (подготовительные сеансы к программе «12-шагов» и когнитивно-поведенческая психотерапия)». ⁹⁶

Подобные показатели могут быть обусловлены личностными особенностями пациентов, участвовавших в различных программах, и их индивидуальными характеристиками, требующими различных форм реабилитационной работы. Так или иначе, краткосрочные программы являются возможной альтернативой для некоторой группы пациентов, не желающих или не имеющих возможности для интенсивной реабилитационной работы. А так же для пациентов, не имеющих мотивации к изменениям, в качестве возможности ее формирования.

Интенсивная краткосрочная программа «Cito» предназначена для консультативно мотивационной работы с химически зависимыми, имеющими низкую мотивацию на участие в реабилитации, зависимыми находящимися в ремиссии и снимающимися с диспансерного и профилактического наблюдения, и для пациентов употребляющих ПАВ с пагубными последствиями, не имеющих возможности пройти курс реабилитации.

Цель программы.

Формирование устойчивой мотивации на здоровый образ жизни, обретение навыков и знаний для поддержания ремиссии, а так же повы-

⁹⁶ Luty Jason. Какие методы наиболее эффективны в лечении зависимости от психоактивных веществ? Опубликовано: *Advances in Psychiatric Treatment* 2003; 9: 280–288. Взято с сайта <http://www.psyobsor.org/1998/28/8-1.html>

шение уровня ответственности пациентов за события в их жизни и перспективы ее развития.

Задачи программы.

- Оказание консультативной, информационной и психокоррекционной помощи участникам программы.
- В сжатые сроки и доступной форме донести до пациентов достоверную и необходимую информацию о заболевании, ее форме, течении и возможных перспективах развития.
- Осветить способы и возможности реабилитации, включая лечебные программы и группы самопомощи
- Предоставить информацию о необходимых мерах предосторожности для поддержания ремиссии.

Целевая группа.

1. Лица, состоящие на диспансерном и профилактическом наблюдении с диагнозами: «пагубное употребление алкоголя» или «синдромом алкогольной зависимости», а так же употребление наркотических препаратов с вредными последствиями и синдромом зависимости, находящиеся в ремиссии (F10 – F19 по МКБ –10).

2. Лица, употребляющие алкоголь или ПАВ с вредными для себя последствиями и отказывающиеся проходить долгосрочные реабилитационные программы, предлагаемые фондом НАН, такие как «Спасательный Крут» или «Качество Жизни».

3. Лица, имеющие психосоциальные проблемы соответствующие критериями Z 86.4 «в личном анамнезе злоупотребление психоактивными веществами», а так же обратившиеся за консультацией по поводу «зависимого члена семьи нуждающегося в уходе» Z 63.6 по МКБ-10

Форма реализации.

Программа проходит в форме интерактивных лекций с элементами консультативной работы. Рассчитана на семь занятий по 60 минут, во время которых участники имеют возможность анализировать собственную жизнь, сверяя фактические события с получаемым материалом, а так же задавать вопросы и участвовать в обсуждении темы. Кроме того, ведущий в доступной форме доносит необходимую информацию. Обеспечивает возможность получения обратной связи, подкрепляет чувство ответственности за изменение поведения у пациентов, предлагает прямые профессиональные рекомендации, доброжелательно и с эмпатией поддерживает самоэффективность участников программы.

Тематический план программы.

1. Био-Психо-Социо-Духовная модель заболевания. Целью предлагаемой темы является в доброжелательной и доступной форме рассказать о природе аддиктивных расстройств, их протекании, последствиях и возможных путях изменений.

2. Феномен тяги и шкала ее интенсивности. Представление о феномене «тяги», как основного симптома заболевания. Ее интенсивности, формах и способах преодоления. Целью данной темы является донесение информации о необходимости ответственного отношения пациентов к собственной жизни и возможности изменений привычных паттернов поведения.

3. Кривая Желлинека (этапы развития заболевания и выздоровления). Цель лекции в наглядном представлении этапов развития заболевания, во время которой каждый из участников имеет возможность определить собственную степень зависимости. Кроме того, предлагаемая тема предоставляет пациентам наглядно увидеть возможные перспективы развития событий в случае сохранения привычного образа жизни, а так же в случае возможных изменений направленных на сокращение или отказ от ПАВ.

4. Группы самопомощи и их роль в выздоровлении. Целью лекции является представление групп самопомощи Анонимных сообществ, как одного из доступных инструментов в поддержании ремиссии и изменении собственной жизни.

5. Аддиктивное поведение. В данной теме освещаются признаки аддиктивного типа личности, его основные черты, особенности поведения и связь с появлением и развитием наркологических заболеваний. Цель темы донести до пациентов необходимость личностного развития для формирования устойчивой ремиссии и профилактики возникновения иных форм зависимого поведения.

6. Не химические зависимости. Цель занятия предоставить пациентам информацию о возможных способах смены зависимости, после отказа от ПАВ, опасностях подобного типа поведения и возможности избежать пагубных последствий связанных с этим.

7. Химическая зависимость – заболевание, развившееся вследствие эмоциональных проблем. Предлагаемая тема способствует пониманию пациентами психологической природы возникновения химической зависимости. Ее связь с невозможностью удовлетворения собственных потребностей иными способами, кроме изменения сознания, путем принятия ПАВ. А так же необходимости осознанности эмоциональной жизни, адекватного выражения собственных эмоций и удовлетворение потребностей иными путями.

Раздел VIII.

Опыт работы Программного Совета по оптимизации деятельности лечебно-реабилитационного процесса.

Глава 1.

Программный Совет.

Плющева О.А.

С целью оптимизации работы и осуществления программно-целевого подхода к организации лечебно-реабилитационного процесса в январе 2011 года была организована деятельность Программного Совета (ПС).

Положение о Программном Совете наркологического диспансера.

1. Общие положения.

Программный Совет (ПС) является совещательным и консультативным органом Наркологического диспансера.

2. Цели и задачи.

ПС, используя систематизированный и последовательный подход к оценке и оптимизации работы по построению лечебной субкультуры, помогая взаимодействовать структурным подразделениям диспансера наиболее эффективным способом, призван содействовать достижению целей и выполнению задач диспансера.

ПС в тесном взаимодействии со структурными подразделениями диспансера и его администрацией способствует совершенствованию систем управления, поддержанию здоровой корпоративной культуры, профилактики профессионального выгорания и осуществлению программно-целевого подхода к организации лечебно-реабилитационного процесса, следующими мерами:

- своевременного определения и анализа существующих проблем и ограничений;
- определения полноты и достоверности информированности сотрудников о внутренней стратегии;
- оказание помощи в выполнении сотрудниками стандартов и процедур работы, соблюдения внутренней и внешней этики принятой в диспансере, в соответствии с законодательной базой;
- поиск способов оптимизации труда и профилактики профессионального выгорания;

- выявление и поддержание эффективного использования существующих ресурсов.

3. Структура.

- Члены ПС назначаются из числа работников диспансера, с возможно более сбалансированным соотношением представителей разных структурных подразделений, специальностей и действующих программ диспансера.
- В совете предусмотрены руководящие и координирующие должности.
- Оперативное руководство работой ПС осуществляет его председатель.
- Первоначальный список членов ПС формируется председателем и утверждается администрацией диспансера.
- Председатель имеет право выступать от имени ПС и выражать его мнение.
- Проведения заседаний и принятые решения оформляются протоколом.
- Участие в регулярных встречах ПС является обязательной для его членов.
- Совет собирается не реже одного раза в месяц.

4. Функции.

- Председатель и члены ПС:
- Выполняют задания и участвуют в проектах по запросу администрации диспансера, в рамках поставленных перед ПС задач.
- Поддерживают межструктурную координацию и взаимосвязь структурных подразделений диспансера.
- Проводят мониторинг и оценку деятельности работы диспансера в целом и его структурных подразделений в частности.
- Способствуют формированию и насыщению единого информационного пространства диспансера.
- Организуют образовательные, просветительские, супервизорские и психопрофилактические мероприятия.
- Оказывают содействие лицам, осуществляющим административные функции, в разработке корректирующих мероприятий по результатам проведенных исследований, а также отслеживают прогресс в выполнении этих мероприятий.
- Разрабатывают проекты необходимых нормативных актов и содействуют их выполнению.

5. Полномочия Программного Совета и администрации диспансера.

Председатель и члены ПС уполномочены:

- проводить регулярные групповые очные и заочные (он-лайн), а также индивидуальные встречи по требованию председателя ПС;

- составлять планы деятельности, определять объекты и объемы своей работы;
- проводить индивидуальные и групповые мероприятия для персонала диспансера. Деятельность ПС может включать в себя ряд элементов аудирования, аттестации (тестирование, интервьюирование, наблюдение), супервизии (групповой и индивидуальной), тренингов, просветительских и др. мероприятий с целью управленческого, профессионального и личностного развития сотрудников диспансера;
- запрашивать, изучать и оценивать документы, необходимые в ходе выполнения своей работы;
- запрашивать и получать необходимую помощь сотрудников структурных подразделений, в которых проводится работа ПС;
- предоставлять администрации диспансера информацию о существующих ограничениях и недостатках, обнаруженных при оценке деятельности лечебно-реабилитационного пространства, а также факторах, препятствующих ПС эффективно выполнять поставленные перед ним задачи;
- доводить до сведения администрации диспансера рекомендации по улучшению существующих систем, процессов, стратегий, процедур, методов ведения деятельности диспансера, оформляя их в письменном виде за подписью председателя ПС. Соответствующие решения ПС доводятся до сведения администрации диспансера в течение одной недели с момента их принятия;
- доводить до сведения администрации диспансера информацию о результатах и качестве выполнения коррекционных мероприятий, разработанных ПС;
- при необходимости привлекать сторонних экспертов для выполнения поставленных задач.

Администрация диспансера уполномочена:

- Рассмотреть предложения ПС в течение двух-трех недель с момента их получения.
- При необходимости и соответствующей аргументации отклонить предложения ПС.
- Оказывать содействие ПС в реализации его основных функций.
- Прекратить деятельность ПС в случае не выполнения им своих обязательств.

6. Ответственность Программного Совета.

ПС несет совместную с администрацией диспансера ответственность за реализацию эффективной внутренней стратегии и повышение продуктивности деятельности диспансера.

Члены ПС несут личную ответственность за определение и соблюдение границ отношений в рамках их деятельности (супервизии, управленческого консультирования, оценки персонала, обучения и пр.) и должны предпринимать все возможные меры по обеспечению того, чтобы любые личные и социальные контакты не повлияли на эффективность деятельности ПС.

Председатель и члены ПС не должны:

- Руководить действиями сотрудников других структурных подразделений, за исключением случаев, когда эти сотрудники назначены участвовать в мероприятиях ПС.
- Участвовать в какой-либо деятельности, которая могла бы нанести ущерб беспристрастности их оценки или восприниматься как наносящая такой ущерб.
- Использовать конфиденциальную информацию в личных интересах или любым другим образом, противоречащим законодательству или могущим нанести вред личности (как сотрудников, так и пациентов диспансера) и деятельности самой организации в целом.

7. Осуществление контроля деятельности Программного Совета.

Члены ПС в своей работе руководствуются законодательством РФ и профессиональными стандартами своей деятельности.

Контроль деятельности ПС регулируется через обратную связь (отзывы и предложения) представителей административного звена и другого персонала диспансера о влиянии деятельности ПС непосредственно на их работу, работу их подразделения и всей организации в целом.

В результате осуществления деятельности ПС за прошедший период был проведен ряд заседаний членов ПС, оформленных соответствующими протоколами. Основной формат работы ПС был представлен в трех проектах: «Информационное пространство», «Супервизия», «Семья и дети». Аннотации проектов представлены ниже.

Проект «Информационное пространство».

Цель – оптимизация реабилитационного пространства, объединение сотрудников диспансера в понимании общей идеологической концепции, а также информационной освещенности персонала по конкретной деятельности разных подразделений диспансера, их программ, проектов, мероприятий и пр.

Объект – просвещенность специалистов о деятельности диспансера.

Предмет – недостатки и ресурсы общей информационной базы диспансера.

Актуальность – территориально и функционально диспансер подразумевает достаточно большую зону охвата, что усложняет каждому отдельному специалисту возможность получения объективной целостной картины деятельности учреждения за пределами места его непосредственной работы и соответственно, ощущения своей работы как части общего дела. Это требует введения централизованных мероприятий по объединению информационного пространства, позволяющего улучшить и упростить схему эффективного взаимодействия между специалистами диспансера.

Задачи:

- Объединенные встречи специалистов диспансера (супервизии, лекции, круглые столы, конференции, неформальные встречи).
- Проведение презентаций для врачей, медицинских сестер, социальных работников и других сотрудников диспансера действующих реабилитационных программ.
- Разработка общей документации для смежных специалистов диспансера (отчеты, бланки приема и пр.).
- Оптимизация интернет ресурсов диспансера.
- Обмен опытом со смежными учреждениями (командировки, группы встреч и пр.).
- Подготовка методического материала.

Формы работы – командировки по обмену опытом, групповые занятия, индивидуальные встречи сотрудников, организационно-методическая работа.

Проводимые мероприятия:

- проведение групповых супервизий, тренингов;
- проведение информационных семинаров;
- рассмотрение возможностей оптимизации сайта учреждения;
- разработка общих бланков отчетности и приема психологов диспансера;
- организация проведения презентаций амбулаторных реабилитационных программ проводимых в отделениях диспансера.

Контроль качества – обратная связь от персонала диспансера, специалистов других учреждений, пациентов и пр.

Проект «Супервизия».

Цель – объединение, обмен информацией и опытом, поддержка, контроль качества, снятие психологического напряжения, профилактика профессионального выгорания и пр.

Объект – сотрудники диспансера, приглашенные сотрудники смежных учреждений.

Предмет – сложности и проблемы, достижения и успехи, инновации, каналы коммуникации.

Актуальность:

- наркология – «зона риска» для специалистов, работающих в этой сфере; профессиональное выгорание наиболее часто встречающийся симптом в этой профессии;
- требуется постоянное обновление знаний и умений у специалистов в этой области;
- участились жалобы сотрудников, на испытываемое ими психологическое напряжение из-за текущих изменений и модернизаций происходящих в учреждении;
- «на лицо» отсутствие централизованных способов получения подобной поддержки для профессионалов.

Задачи:

- Проведение супервизорских и интервизорских групповых форм работы для сотрудников диспансера в каждом из его отделений: детского «Приют», дето-подросткового «Квартал», отделений для взрослых № 1 и № 2, отделения «Ясень». Оптимизация уже действующих с 2006 года, на базе деятельности телефонных линий диспансера по профилактике детского насилия и игровой зависимости, групповых встреч для психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников.
- Проведение объединенных групповых супервизорских встреч на разных территориях отделений, в т.ч. с приглашением коллег смежных учреждений.
- Проведение для специалистов индивидуальных супервизий по их запросу.
- Проведение тренингов по профилактике профессионального выгорания, снятия напряжения, отработке практических навыков работы, а также тренингов коммуникативной направленности.
- Подготовка методических материалов.

Формы работы – групповые занятия, индивидуальные консультации, организационно-методическая работа.

Проводимые мероприятия:

- объединенные групповые встречи – 1–2 раза в месяц;
- групповые встречи по отделениям – 1–2 раза в месяц;
- индивидуальные консультации по требованию, с возможностью для каждого специалиста получить их по его запросу и в любой день.

Контроль качества – диагностика на степень профессионального выгорания, анкетирование (обратная связь) сотрудников диспансера и пр.

Проект «Семья и дети».

Цель – оптимизация служб диспансера в сфере профилактической работы с семьями и детьми.

Объект – сотрудники детских отделений «Приют», «Квартал» и те, кто заняты работой с семьями и детьми в других отделениях диспансера.

Предмет – общая информационно-идеологическая база, зона сотрудничества, профессиональные навыки и наработки, проблемы в работе.

Актуальность:

- отсутствие единой идеологической базы в профессиональном подходе у специалистов;
- не достаточно скоординированная взаимосвязь между специалистами отделений;
- работа с детьми и семьями группы риска – область повышенного риска профессионального выгорания;
- замечен перекося – основная направленность работы идет с детьми, и в недостаточной степени с семьями, что снижает эффективность проводимых профилактических мероприятий и, кроме этого, в организации работы диспансера преобладает помощь в медицинской сфере и в меньшей степени в социально-психологической.

Задачи:

- Организация обмена опыта со смежными учреждениями (командировки в смежные учреждения, совместные встречи).
- Тематические информационные семинары, тренинги, лекции, и пр. (с приглашением сотрудников смежных учреждений).
- Групповые встречи, супервизии.
- Межтерриториальные выезды специалистов подразделений, проведение «круглых столов», конференций и пр.
- Подготовка методических материалов.

Формы работы – командировки по обмену опытом, групповые занятия, индивидуальные встречи сотрудников, диагностическая работа (комплексная оценка деятельности), организационно-методическая работа.

Проводимые мероприятия:

- командировки специалистов в смежные учреждения,
- проведение информационных семинаров для специалистов врачом психиатром-наркологом в отделении «Приют»,
- объединенные супервизии, с приглашением психологов, специалистов по соц. работе и социальных работников в отделении «Приют»,
- проведение объединенных встреч специалистов по социальной работе, психологов и пр. с работниками городских детских садов,

- ознакомительная встреча с проводимой медицинским психологом профилактической работой с подростками в диспансерном отделении № 2,
 - проведение информационных семинаров для социальных работников и специалистов по социальной работе в отделении «Квартал».
- Контроль качества – оценка деятельности подразделений диспансера.

Глава 2.

Некоторые итоги и перспективы Программного Совета.

Ниже представлены некоторые итоги и перспективы работы ПС по осуществлению проектов «Информационное пространство» и «Супервизия».

В рамках организации профилактики профессионального выгорания, повышения эффективности труда и оказания супервизорской поддержки были запланированы и проведены следующие мероприятия для психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников (формы приглашений рассылались заранее по отделениям на подготовленном и завизированном бланке, см. приложение № 1):

- Групповые и индивидуальные супервизии.
- Занятие по профилактике профессионального выгорания и снятию психологического напряжения.
- Групповое обсуждение тем: работа с подростками (особенности выгорания, поиск смыслов, законодательство), работа с родителями (работа с сопротивлением пациентов), работа с горем, навыки работы на повышение мотивации пациентов на выздоровление, разделение ответственности «специалист-пациент», планирование времени.
- Информационные семинары на темы: «уличные программы», «школа приверженности», «ВИЧ инфекция», «заместительная терапия», «метод «кодирования» и плацебо».
- Ряд встреч психологов и специалистов по социальной работе на тему «Профессиональная этика».
- Тренинги: «Зеркало»; «Применение теории Маслоу в социальной работе», «Применение подхода «когнитивно-поведенческие вмешательства» в терапии зависимостей», «Применение экзистенциального подхода в терапии зависимостей», «Принципы работы в телефонном консультировании», «Стили личности терапевта и ведения групповой работы».
- Групповое занятие на тему «Структура учреждения, представление работы отделений «Квартал», «Приют», «Ясень».

Кроме этого был проведен ряд информационно-ознакомительных занятий-презентаций с действующими реабилитационными программами диспансера для врачей, медицинских сестер, воспитателей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и прочих специалистов.

1. Представление программы реабилитации и профилактики для зависимых от алкоголя и наркотиков «Спасательный круг».

2. Представление программы для желающих уменьшить частоту употребляемого алкоголя, преодолеть тягу к спиртному «Качество жизни».

3. Представление программы для родственников алкоголиков, наркоманов и азартных игроков «Резонанс».

4. Представление программы профилактики и улучшения взаимоотношений для зависимых и их родственников, имеющих опыт ремиссии не менее 1 года «Отражение».

5. Представление программы для людей, имеющих пищевую зависимость «Равновесие».

Для контроля качества и организации возможно более эффективной работы дальнейших групповых встреч, супервизий, информационных семинаров их участникам было предложено дать оценку их пользе и ответить на небольшую анкету (см. приложение № 2). Результаты полученных ответов еще незавершенны, но уже очевидна актуальность некоторых изменений в проведении занятий, как-то, возможное разделение групп по специальностям, большая мобильность в выборе территорий их проведения, предпочтение проведению тематических занятий и пр.

Анализ полученных результатов может стать предметом дальнейшего исследования. И послужить хорошей помощью в области, еще пока мало разработанной в нашей стране и фактически не используемой в здравоохранении (где это представляется особенно важным) – проблемы «помощи помогающим». В широком и не перестающем быть актуальным поле российской наркологической службы это, безусловно, видится особенно значимым.

Кроме представленных мероприятий была проведена попытка систематизации некоторых документов в работе касающейся общей сферы деятельности у разных специалистов. Первые образцы бланков приема и отчетности психологической службы были предложены и сейчас апробируются в работе (см. приложение № 3, № 4).

В перспективе видится полезным проведение следующих мероприятий в диспансере:

- продолжение проведения регулярных супервизорских встреч для психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников диспансера;
- продолжение проведения занятий по снижению психологического напряжения, поиску личных и профессиональных ресурсов, профилактике профессионального выгорания;
- организация информационно-ознакомительных семинаров по заявленным сотрудниками темам (психосоматика, когнитивный подход в работе с зависимостями, навыки работы с «трудными» пациентами, «сопротивляющимися» пациентами, пациентами «втягивающими в игру» и пр.);
- проведение «тренинга взаимодействия».

Видится полезным для знакомства с работой коллег и объединения информационного пространства приглашение на проводимые занятия сотрудников смежных учреждений, а также посещение и проведение подобных мероприятий на их базе.

Итоги работы Программного Совета по осуществлению проекта «Семья и дети».

В рамках реализации целей и задач ПС была выделена комиссия по проведению комплексной проверки медико-социального отделения детям и подросткам «Приют».

Проект «Семья и дети».

Цель – диагностика сложностей диспансерного отделения «Приют» в осуществлении своей деятельности, выработка рекомендаций по их коррекции, проведение мероприятий по улучшению функционирования данного отделения на основе проведенного исследования.

Объект – персонал отделения: руководство, медицинский персонал, психологи, социальные работники, специалисты по социальной работе, педагогический состав, работники хозяйственной части.

Предмет:

1. Изучение структуры организации и ее нарушений (иерархия, стили управления, особенности внутреннего взаимодействия, как между самим персоналом, так и с его клиентами, особенности внешнего взаимодействия со смежными отделениями и учреждениями, корпоративная культура).

2. Определение профессионального соответствия персонала своим функциональным обязанностям, наличия необходимого понятийного аппарата у сотрудников в своей профессиональной сфере, их понимания общей концепции деятельности учреждения и данного отделения.

3. Оценка способностей и возможностей персонала к осуществлению необходимых изменений, причина их чрезмерной гибкости или ригидности, уровня мотивированности персонала на изменения или его отсутствия.

4. Рассмотрение ресурсности отделения и недостаточности ее компонентов.

Задачи:

I. Этап (подготовительный):

- Формирование команды для осуществления проекта (отдельно на каждом из этапов).
- Знакомство с исследуемой выборкой.
- Выработка плана по реализации 2 этапа (диагностического), и предварительного плана 3 этапа (корректирующего).
- Определение сроков реализации этапов проекта.
- Предварительный подбор методов осуществления этапов проекта.

II. Этап (диагностический):

- Окончательный подбор методов и методик оценки предметов исследования.
- Распределение функциональных обязанностей,
- Осуществление диагностических процедур.
- Обработка и анализ полученных данных.
- Выработка рекомендаций по изменению выявленных деструкций организации.

III. Этап (корректирующий):

- Подбор основных методов коррекции выявленных деструкций (индивидуальные, групповые, дистантные и пр.).
- Подбор команды, распределение функций, определение сроков реализации,
- Определение выборки (групп, подгрупп и пр.) для проведения мероприятий, определение необходимых условий (место проведения, время, необходимые материалы и т. д.).
- Проведение запланированных мероприятий.
- Подведение итогов, анализ и описание результатов проведенной работы.
- Оформление сборника методических рекомендаций.

Методы – интервьюирование, анкетирование, наблюдение, тестирование, ретестирование, групповые методы (диагностические, формирующие тренинги, тренинги профилактики выгорания, обучающие занятия, супервизии), индивидуальные методы, аналитическое исследование.

По результатам проведенной исследования на диагностическом этапе работы комиссией по оценке и оптимизации детского отделения «Приют» был подготовлен отчет, выборочно представленный ниже.

Отчет о работе комиссии.

Комиссией по оценке и оптимизации детского отделения «Приют» в составе трех медицинских психологов, врача психиатра-нарколога, воспитателя, а также двух привлеченных психологов-консультантов, в соответствии с поставленными задачами и предметом исследования, были проведены следующие мероприятия:

- включенное наблюдение, за взаимодействием персонала отделения друг с другом, с административным звеном и с пациентами отделения;
- интервьюирование административного звена отделения и некоторых его сотрудников, с целью выяснения видения ситуации в отделении, проблем, ресурсов отделения и рекомендаций по оптимизации отделения и деятельности психологов проекта;
- тренинги, исследовательско-мотивационные занятия и другие групповые формы работы с персоналом отделения и административным составом;
- анкетирование, направленное на выяснение субъективного понимания сотрудниками отделения целей своей организации, своего места и роли в ней, трудностей в их работе, работе всего отделения в целом, причин возникающих конфликтов и способов их разрешения, наличия и недостаточности внутренних ресурсов;
- тестирование (методики «Стили руководства», «Выгорание», «Созависимые стили поведения», «Уровень субъективного контроля» и пр.);
- проведение экспертной оценки – врач психиатр-нарколог, воспитатель;
- диагностика методом профессиограммы и социометрии, с возможностью их использования в дальнейшей работе по оптимизации работы отделения;
- регулярные методические встречи участников проекта для обсуждения накопленного материала и поэтапного планирования дальнейшей работы.

Результаты проведенного психологического тестирования персонала.

В ходе проведения диагностической работы всему персоналу отделения «Приют» предлагалось анонимное заполнение ряда психологических тестов: «Методика определения стиля руководства трудовым кол-

лективом», «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко», «Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера», тест на определение степени созависимости в поведении.

В целом результаты поведенной работы показали наличие у большинства персонала достаточного уровня профессиональных компетенций, отсутствие текучести кадров, и выраженного профессионального выгорания, а также готовность к поддержке и сплоченности в случае столкновения с внешними трудностями и давлением как для своего подразделения в частности, так и для всего отделения в целом.

Предложенные тесты выполнило большинство людей из состава отделения, некоторые отказывались отвечать без объяснения причин. Возможно, предположить не достаточную достоверность полученного материала в силу субъективной оценки человеком своей безопасности или не безопасности в условиях работы. Для подтверждения полученных выводов требуется проведение дополнительного исследования и ретестирования.

На данный момент по результатам теста на определение стиля руководства в коллективе, можно сделать вывод, что сотрудники оценивают стиль работы своего руководителя как коллегиальный, в противовес попустительскому и директивному. Коллегиальный компонент набрал по общему результату 207 баллов, попустительский – 152 и директивный – 128. Коллегиальный подход дает возможность сочетать требовательность, контроль, соблюдение дисциплины, творческую инициативу и демократичность в принятии решений наиболее эффективным способом. Тем не менее, можно заметить наличие небольшого разрыва в балльных оценках с попустительским и директивным подходами. Это может говорить о том, что в условиях возникших осложнений в работе, моральной или физической перегрузке и пр. возможно использование подменяющего стиля в руководстве в первую очередь попустительским, а затем директивным стилями. Это может ощущаться сотрудниками как противоречивость во внутренней позиции самого руководителя и потеря необходимой им в его лице опоры.

Можно предположить, что для более устойчивой позиции в кризисных ситуациях в выборе стиля руководства требуется дополнительная поддержка, и рассмотрение возможности использования внешних и внутренних ресурсов.

В этом случае, внешними ресурсами, что подтверждается и другими наблюдениями, могут являться пересмотр распределения нагрузки руководителя и усиления позиций руководителей подразделений приюта

(старшего воспитателя, старшего психолога, старшего социального работника). Внутренними – утверждение необходимости делегирования полномочий, отказ от гиперопекающего поведения по отношению к сотрудникам отделения.

Для этих целей рекомендуется пересмотр внутренних полномочий руководящего состава и проведение тренингов управленческих компетенций.

Опросник на диагностику уровня профессионального выгорания по общим результатам коллектива в целом показал невысокую степень ее выраженности. Тем не менее, подобный вывод нельзя распространять на частную оценку каждого специалиста в отдельности, по принципу «средней температуры по больнице». Разброс в результатах выгорания встречался от ярко до низко выраженного и требует, в случае дальнейшей работы с персоналом, дополнительного исследования.

По общим же результатам теста можно сделать следующие выводы, исходя из балльной оценки фаз и симптомов выгорания: уровень профессионального выгорания на настоящий момент складывается из-за напряжения и тревоги от переживания психотравмирующей ситуации (возможно конфликта, повлекшего привлечение комиссии). Способом психологической защиты в этих условиях персонал приюта выбирает избирательность, и отстраненность, в эмоциональном реагировании (что может отражаться патогенно и на работе с детьми). Некоторое повышение заметно и по шкале эмоционально-нравственной дезориентации в работе и редукции профессиональных обязанностей.

Отсутствует у персонала такая симптоматика как «неудовлетворенность собой», «загнанность в клетку» и психосоматические, психовегетативные нарушения.

Данные критерии выгорания рекомендуются к учету при проведении внутриучрежденческих мероприятий (супервизий, тематических тренингов, командообразующих занятий), прогнозе возможных форм осложнений при столкновении с организационными трудностями и понимании форм ресурсности данного коллектива.

Методика диагностики уровня субъективного контроля среди персонала отделения показала явно выраженный экстернальный тип поведения. Подобное характеризует общую позицию коллектива как пассивную и малозначимую по ощущениям самих сотрудников. Проявление инициативы вызывает тревожную позицию, подавляя мотивацию к изменениям. Результаты отделения в целом не связываются с собственными действиями в нем. Персонал не считает себя способным принимать участие в судьбе отделения и полагает, что не может каким-либо обра-

зом повлиять на его развитие. А также, что его производственные достижения могут иметь какой-нибудь вес и оказаться значимыми в его продвижении по службе.

Подавляющее большинство склонно перекладывать ответственность за происходящее в коллективе руководству, коллегам, везению и другим внешним обстоятельствам. Бальные оценки по шкалам показали, что ответственность за достижения сотрудники готовы нести с большей готовностью, а за неудачи – перекладывать на других.

Тем не менее, в области межличностных отношений картина представляется лучше, и в большей степени работники считают себя в силах контролировать свои отношения и вызывать к себе уважение и симпатию. Для дальнейшей психологической работы с этой сферой это может послужить, возможно, отправной точкой для изменений общего и профессионального локуса контроля.

Рекомендациями в этом случае, опять же, могут являться пересмотр должностных инструкций с разграничением четко прописанных полномочий и разработкой системы штрафов и поощрений. Проведение командообразующих и других форм мероприятий, первоочередной задачей, которых в коллективе видится именно формирование представления о разделении ответственности за достижения и неудачи работы отделения между всеми членами коллектива.

Кроме этого, делегирование ответственности должно сопровождаться поддержкой главным руководством субъектной позиции сотрудников отделения, в которой перед ними ставятся четкие задачи и понятные критерии эффективности труда, такие мероприятия, хочется подчеркнуть должны проводиться на очной (в формате групповой «обратной связи») и регулярной основе встреч с коллективом всего отделения.

Тест на определение степени созависимости использовался в качестве вспомогательного, как косвенное подтверждение созависимых тенденций в поведении коллектива. Был выбран тест, направленный на оценку созависимости в семейных отношениях, и таким образом, он не может служить подтверждением или опровержением созависимых стилей взаимодействия в трудовом коллективе.

По его результатам можно сделать вывод об умеренно выраженном и низком типе созависимых тенденций у сотрудников приюта.

Интересно, что по наблюдениям членов комиссии такие формы отношений в отделении всё же имеют место; и тогда возможно предположить, что причиной подобного являются не личностные особенности персонала, а собственно условия работы.

В этом случае рекомендуется дальнейшее рассмотрение, поиск сформировавшихся деструкций и механизмов их устранения на следующем этапе работы.

На основании полученных в ходе всего исследования данных нами был сделан ряд выводов и вытекающих из них рекомендаций, разделившихся на четыре взаимосвязанных блока:

1. Программно-идеологическое обеспечение деятельности отделения:

Проведенная исследовательская работа в детском отделении «Приют» позволяет сделать вывод об отсутствии у персонала знания своей миссии, идеологической базы, целей и задач в концептуальном единстве с программами Фонда НАН и функциональной связи с диспансером и ощущения себя включенными в их состав и деятельность.

В связи с этим необходимо рекомендовать:

- Формирование концептуальной основы целей, задач и единого терминологического аппарата для понимания персоналом единства своей деятельности в составе функциональной структуры наркологического диспансера и программ Фонда НАН.
- Административным звеном диспансера регулярно (1–2 раза в год) проводить для персонала приюта совместные встречи для уточнения ключевых задач данного периода развития учреждения и обучение сотрудников подходам и методам выполнения задач в соответствии с концептуальными программами Фонда НАН.
- Создание единой концепции деятельности с развитыми внешними структурными территориальными связями и вовлечением в это сотрудничество семьи, как партнера и основного ресурса взаимодействия.
- Создание понятной для всех структур учреждения схемы внутреннего и внешнего взаимодействия в работе с детьми и их семьями, согласующейся с логикой нововведенной концепции.

2. Управление персоналом (административное обеспечение деятельности приюта в целом и непосредственное руководство профессиональной деятельностью персонала приюта):

Проведенная исследовательская работа в «Приюте» позволяет сделать вывод об отсутствии здесь грамотно работающей структуры менеджерской работы. В большинстве случаев не закреплены формально, юридически должностные обязанности, инструкции и пр. у собственно руководителей отделений, что ослабляет и силу и ответственность специалиста в этой роли и помогает формировать у менеджерского состава низкие показатели по мотивации, разделению ответственности и инициативам в своей работе. Руководитель отделения тем самым, также не имеет кон-

структивной поддержки от своих менеджеров и чрезмерно перегружена совмещением обязанностей руководителя, фактически единственного врача отделения и прочими функциями.

В связи с этим необходимо рекомендовать:

- Формирование и реорганизацию административной команды, системы управления, принятия решений и разделения обязанностей среднего менеджерского звена из числа руководителей подразделений «Приюта».
- Закрепление соответствующих требований в должностных инструкциях этих специалистов.
- Проведение для менеджерского состава приюта просветительско-обучающих и мотивационных мероприятий по теме грамотного и конструктивно построения командной работы руководителей отделения и подразделений с использованием внутренних и возможно привлечением внешних специалистов по консалтингу.

3. Нормативно-правовая база, определяемая в соответствии с реальными задачами, решаемыми диспансером, и концептуальными программами Фонда НАН.

Проведенная исследовательская работа в «Приюте» позволяет сделать вывод о том, что внутренние инструкции и регламенты деятельности приюта, а также должностные инструкции сотрудников не соответствуют современной концепции учреждения и требованиям внешних и внутренних условий работы, некоторые из них пересекаются и дублируются сотрудниками, а также чрезмерно нагружают специалиста дополнительной смежной работой, что особенно заметно в обязанностях руководителя отделения. Кроме этого выражен явный дисбаланс в пропорциях деятельности учреждения по своему количественному составу в сторону медико-воспитательной работы, с недостаточностью персонала в отделениях психолого-социальной направленности, что соответственно и качественно изменяет возможности реализации соответствующей деятельности учреждения.

В связи с этим необходимо рекомендовать:

- Обновить нормативно-правовую базу приюта в целом.
- Пересмотреть штатный состав отделения в сторону расширения штата врачей, психологов и социальных работников.
- Разработать иерархическую структуру взаимодействия между подразделениями «Приюта» с прорисовкой необходимых и достаточных взаимосвязей в их работе.
- Пересмотреть и прописать функциональные обязанности руководителя отделения с целью освобождения его от чрезмерной загрузки.

- Пересмотреть и прописать функциональные обязанности среднего менеджersкого звена для закрепления соответствующих роли полномочий.
- Пересмотреть и прописать функциональные обязанности остального персонала приюта для разделения ответственности и прозрачности деятельности.
- Включить в обязанности всего персонала обязательное посещение регулярных групповых организационных, методических, обучающих, супервизорских, тренинговых и пр. мероприятий наркологического диспансера.
- Создать систему поощрений и штрафов, которая будет прозрачна и понятна всем.

4. Формы и условия внешнего и внутреннего взаимодействия отделения в целом, его подразделений, персонала друг с другом, с подобными структурами и с пациентами «Приюта».

Проведенная исследовательская работа в детском отделении позволяет сделать вывод о недостаточно простроенной системе взаимодействия как внутри самого приюта (между его подразделениями, средним и низшим звеном, и собственно сотрудниками), так и вне него с высшим руководством и коллегами смежных отделений наркологического диспансера, а также с подобными учреждениями г. Москвы и регионов. У персонала низкие показатели по мотивации к изменениям и разделению ответственности за результаты своей деятельности и деятельности приюта в целом (экстернальный тип поведения). Часто наблюдаются манипулирующие стили поведения по отношению к руководству, к соседнему подразделению (выражено у медицинского и воспитательного состава) и к своим пациентам (детям и подросткам). Единственным критерием работы считается любая форма взаимодействия с детьми и их «спасения», а форма работы в виде методических, организационных, психолого-просветительских, психолого-профилактических и прочих мероприятий не учитывается и отвергается.

В связи с этим необходимо рекомендовать:

- Проведение на регулярной и обязательной основе (с соответствующим закреплением приказами и функциональными обязанностями) внутренних групповых встреч всего персонала приюта с целью прояснения организационных, методических вопросов, клинических разборов.
- Проведение на той же основе групповых психологических мероприятий с целью профилактики выгорания, проведения супервизорских встреч, улучшения взаимодействия, роста толерантности, обучения этики, деонтологии и пр.

- Регулярно повышать квалификацию персонала приюта с помощью внешнего и внутреннего обучения.
- Организовать систему обмена опытом в виде открытых уроков, мастер-классов и т.п. для мотивации творческого развития специалистов.
- Разработать и внедрить форму регулярного взаимодействия приюта с подобными учреждениями г. Москвы и регионов, в т.ч. для понимания разделения с ними зон ответственности в работе с детьми и семьями.
- Пересмотреть техническое оснащение и необходимость дополнительных мер по развитию информационной базы обмена современными технологиями у персонала «Приют», в т.ч. с использованием возможностей сети Интернет.

Итак, в завершении представленной статьи по итогам деятельности Программного Совета, к сожалению, хочется отметить, что в связи с комплексной реорганизацией городской структуры наркологической службы ряд проектов ПС не был осуществлен, что непосредственно связано со значительным изменением в самой структуре диспансера (детское отделение «Приют» было расформировано, дето-подростковое отделение «Квартал» выделено отдельной самостоятельной единицей). Надеемся, что ряд этих и других изменений пойдет на пользу системе наркологической службы в целом, а опыт работы Программного Совета НД № 12 (ныне филиал МНПЦ наркологии № 7) даст возможность организации подобной деятельности, помогающей налаживанию эффективной внутренней системы самоуправления, в новых структурных подразделениях МНПЦ наркологии. Важно также отметить, что для реализации приведенных выше задач и осуществления подобных программ необходимо выделение регулярной команды специалистов МНПЦ наркологии (врачей, психологов, социальных работников и прочих специалистов) с возможностью привлечения внешних экспертов со стороны.

Глава 3. Приложения.

Приложение № 1.

Утверждаю

Заведующий филиалом № _____

График проведения занятий для психологов,
специалистов по социальной работе и социальных работников ди-
спансера.

на _____ 20__ г.

Дата, время	Мероприятие, тема занятия	Ведущий, конт. телефон	Адрес, место проведения	Приглашающие специалисты

Приложение № 2.

Коллеги!

Просим Вас для организации наиболее эффективной работы наших дальнейших профессиональных встреч, проведения супервизий, информационных семинаров и пр. ответить на ниже приведенные вопросы. Благодарим за помощь!

1. Как часто Вы участвовали в наших занятиях?
2. Какую частоту встреч Вы видите для себя наиболее полезной?
3. Каковы Ваши цели и задачи, что Вы хотели получить от участия в них?
4. Что реализовалось в результате Вашего участия?
5. Какие изменения Вы замечали в своей работе после посещения занятий (по возможности, приведите несколько примеров)?
6. Что было самым ценным, полезным или интересным на занятиях для Вас?
7. Какая форма занятий Вам кажется наиболее полезной?
8. Что Вам мешало в процессе занятий, чего не хватало и что было недостатком в работе?
9. Какие недостатки Вы замечали в процессе работы ведущего?
10. Ваши дополнительные пожелания, рекомендации и прочее.

Отпечатано в типографии «П-Центр»
Москва, ул. Академика Королева, 13
Заказ № 17. Тираж 500 экз.
Распространяется бесплатно.