

Сергей Кулаков

**Руководство  
по реабилитации  
аддиктов**

УДК 159.9  
ББК 88  
К90

**Кулаков Сергей**

К90    Руководство по реабилитации аддиктов : / Сергей  
Кулаков. — [б. м.] — 468 с.  
ISBN 978-5-4483-8481-3

В руководстве излагаются основы реабилитации химических и нехимических зависимостей, обобщающие многолетний опыт ее проведения автором. Читателю предлагают ознакомиться с основными приёмами, вмешательствами био-психо-социо-духовной модели, применяемыми в условиях клиники. Книга иллюстрирована многочисленными примерами из практики. Учебник предназначен для врачей, психологов, социальных работников, оказывающих помощь аддиктам и пациентам с расстройками личности.

**УДК 159.9**  
**ББК 88**

18+

В соответствии с ФЗ от 29.12.2010 №436-ФЗ

ISBN 978-5-4483-8481-3

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	9
Клинико-психологическая диагностика .....	21
СТРУКТУРНЫЙ ДИАГНОЗ .....	27
Структурный диагноз .....	32
Диагностика пограничной структуры .....	42
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРЦИССИЗМА .....	43
Мишени психотерапии в реабилитации пациентов с зависимостями .....	45
Случай ИЗ ПРАКТИКИ №1 .....	48
Случай из практики №2 .....	51
Случай из практики №3 .....	56
Случай из практики №4 .....	58
Диагностические и тактические ошибки .....	63
Формирование мотивации на лечение как первый этап в медико-психологической реабилитации .....	65
Профессиональное психотерапевтическое сопровождение на этапе раннего постабстинентного периода .....	70
Отделение начального этапа реабилитации (Предреабилитация) .....	70
Профессиональное психотерапевтическое сопровождение в позднем постабстинентном периоде и начальном этапе формирования ремиссии (отделение основного этапа реабилитации — стационар) .....	73
Биологические аспекты зависимости .....	74
Соппротивление к выздоровлению .....	76
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №5 .....	80
Целеполагание. Планирование. Режим .....	84
Планирование .....	85
План дня .....	86
Утреннее собрание .....	87
Итоги дня (ИД) .....	89
Дневник чувств .....	91
Рекомендации по написанию дневника чувств .....	94

Мой ежедневный самоанализ .....	97
Итоги недели (ИН) .....	98
Психообразовательный подход .....	100
Лекции .....	100
Темы лекций врачей, психологов, социальных работников-консультантов .....	100
Методы стимуляции творческой активности .....	101
Арт-анализ и арт-терапия .....	102
Мозговой штурм .....	107
Негативные и ПОЗИТИВНЫЕ автоматические мысли .....	107
Кинотерапия .....	108
Сопровождение семей пациентов в стационаре .....	109
Организационные собрания .....	110
Организационное собрание пациентов .....	111
Организационное собрание специалистов .....	112
Алгоритм терапевтических вмешательств и приемов на различных этапах реабилитации .....	114
Мотивационный этап (первые 14 ДНЕЙ) .....	114
Исследование и изменение Я-концепции .....	118
Случай из практики №6 .....	129
Случай из практики №7 .....	132
Поведенческая терапия .....	134
«АНАЛИЗ СВОЕГО ПОВЕДЕНИЯ» .....	138
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №8 .....	139
Этап «ограничение зависимости» и формирование навыков совладания с патологическим влечением к ПАВ (15–60 дней) .....	140
Индивидуальная работа с пациентами .....	141
Случай из практики №9 .....	149
Случай из практики №10 .....	153
Психосоциальное сопровождение После выписки .....	155
Амбулаторная постлечебная программа .....	156
Ресоциализация в загородном центре .....	158
Социальная квартира .....	160

СОЦИАЛЬНЫЙ аспект реабилитации .....	162
Социальные роли .....	162
Интегративная модель групповой психотерапии в комплексной реабилитации наркозависимых .....	165
Случай из практики №11 .....	167
Психодрама .....	170
Случай из практики №12 .....	171
Случай из практики №13 .....	178
Примеры завершающих сцен в психодраме .....	192
Разнообразные концовки, предложенные группой .....	197
Семейная психотерапия зависимостей .....	200
Основные положения системного подхода .....	202
Отдельные признаки гармоничной семьи .....	204
Интервью по генограмме .....	205
Тренинг родительской компетентности .....	227
Методика проведения тренинга родительской компетентности .....	230
Занятие №1. Созависимость .....	232
Формирование созависимости в детском и подростковом возрасте .....	234
Как выбираться из созависимости .....	235
Занятие №2. Травматический Треугольник С. Карпмана .....	242
Занятие №3. Нарушения в семьях зависимых и рекомендации по их устранению .....	245
Занятие №4. Права. Ответственность. Контроль .....	255
Занятие №5. Как общаться конструктивно? .....	258
Конструктивный спор по С. Кратохвилу .....	260
Занятие №6. Стили воспитания .....	265
Духовные и экзистенциальные аспекты зависимости .....	270
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №13 .....	276
Случай из практики №14 .....	278
Случай из практики №15 .....	279
Срыв и Рецидив .....	281
Модуль 1. Анализ срыва .....	285
Работа с историей срыва .....	285

Анализ срыва .....	286
Модуль 2. Духовность .....	289
Модуль 3. Эмоции и Чувства .....	293
Дневник чувств и письменный самоанализ .....	295
Модуль 4. Управление поведением и ситуацией .....	297
Модуль 5. Самооценка и самоуважение .....	303
Модуль 6. Ресурсы выздоровления .....	304
Клинико-психотерапевтическая конференция как интегративный момент в стационарной реабилитации наркозависимых .....	310
Случай из практики №16 .....	312
Супервизия и профилактика «синдрома сгорания» .....	324
Случай из практики №17 .....	326
Заключение .....	330
Список литературы .....	336
Глоссарий .....	341
Приложения .....	349
Приложение 1. Определение уровня реабилитационного потенциала (диагностическая технология, Дудко Т. Н.) ...	349
Приложение 2. Совместный осмотр с заведующим отделением на постановку клинического диагноза .....	356
Приложение 3. Пример методической тетради на отделении начального этапа реабилитации .....	360
Часть 1. Физическая зависимость .....	364
Биохимия зависимости .....	364
Часть 2. Психологическая зависимость .....	369
Влияние зависимости на личность .....	372
Часть 2.1. Пирамида потребностей .....	374
Часть 3. Воронка зависимости .....	380
Часть 4. Этапы выздоровления .....	385
Работа над психологической зависимостью .....	387
Часть 5. Неуправляемость .....	390
Часть 6. Своеволие .....	391
Признаки своеволия .....	391

Приложение 4. Добровольное информированное согласие .....	393
Приложение 5. Правила поведения пациентов .....	394
Признание прав и обязанностей пациента .....	398
Приложение 6. Анонс для Новичка .....	399
Распорядок дня (будний день) .....	401
Распорядок выходного дня .....	401
Итоги недели .....	403
Фокус дня .....	405
План дня .....	405
Анализ плана дня .....	406
Домашние задания .....	406
Приложение 7. Примеры конспекта лекций .....	413
Примерный конспект лекции «Психологические защиты» .....	417
Примерный конспект лекции «Внутренний ребёнок» .....	421
Как беседовать со своим внутренним ребенком .....	428
Вы можете сказать вашему «Внутреннему Ребенку», что это нормально .....	430
Приложение 8. Прощение родителей .....	432
Техника Прощения по Маргарите Мураховской .....	436
Приложение 9. Примерные темы выпускных работ для реабилитантов .....	437
Приложение 10. Семейный договор .....	439
Приложение 11. Типы вопросов при интервьюировании пациентов .....	441
Приложение 12. Методики экзистенциальной терапии .....	451
Методики конфронтации с экзистенциальными конечными данностями .....	452
Приложение 13. Признаки срыва .....	464





## **ВВЕДЕНИЕ**

**Реабилитация — это сложная медицинская, психологическая, социальная и духовная система, направленная на восстановление физического, социального и духовного здоровья пациента, его личного и социального статуса**

Большинство специалистов в области медицины и других смежных наук отлично поняли необходимость реабилитационной работы с зависимыми (аддиктами — от лат addiction — пристрастие). Возникают реабилитационные центры, общины, дневные стационары, полустационары, где сотрудники используют весь накопленный опыт работы в этой области. В рамках медицины, психологии, социологии, педагогики и других наук продолжают проводиться исследования зависимостей от химически активных веществ. В период ремиссии, находясь в закрытом стационаре или реабилитационном центре, лица, страдающие химической зависимостью, как правило, получают помощь разных специалистов: психиатра-нарколога, терапевта, психотерапевта, клинического психолога, социального работника-консультанта, медицинских сестер и других специалистов. Не существует таблетки от химической зависимости — для выхода из сложившейся ситуации человеку необходимо взять на себя ответственность за свои действия, нужно захотеть измениться и поверить в положительный результат. Поэтому после завершения дезинтоксикации усилия специалистов должны быть направлены на то, чтобы пациент изменил свои взгляды на себя и на мир, осознал необходимость начать жить по-новому. Это очень сложный процесс. В первую очередь, это война не с наркотиками,

а сражение с желанием аддикта убежать, спрятаться от страха перед реальной жизнью в мире приятных ощущений и фантазий.

Здесь имеют значение любые результаты. Крайне важно, чтобы реабилитант начал задумываться о своей жизни, стал понимать, что за все, происходящее с ним, отвечает только он сам. Даже если видимый результат психотерапии отрицателен и пациент сорвался и вновь употребил наркотики, посеянное в его душе психотерапией зерно сомнения в собственном «праве употребить» обязательно «прорастет» и даст свой результат в будущем. Главное на первом этапе лечения, чтобы у пациента началась «борьба мотивов». Чтобы, даже мысль о любом аддиктивном агенте, вызывала бы тяжкие колебания и сомнения. **Если пациент начал думать и сомневаться — это означает, что первый шаг к успеху терапии сделан.** В терапевтическом сообществе созревание решения в пользу выздоровления проходит легче.

Авторские разработки, опубликованные в «Руководстве по реабилитации наркозависимых» (Кулаков С. А., Ваисов С.Б., 2006) были передовыми, включали в себя групповые методы лечения в сочетании с 12-шаговой программой и до сих пор активно применяется во многих Центрах. Терапевтическая среда и терапевтическое сообщество является фундаментом любой программы.

С момента публикации этого издания прошло много лет. Изменились психоактивные вещества, изменилась структура личности пациентов. Мы столкнулись с ситуацией, когда в Центр стало поступать все больше пациентов с коморбидной патологией и низкой мотивацией на трезвость и продолжение лечения, низким реабилитационным потенциалом (Приложение 1), что привело к необходимости пересмотра концепций и направлений работы.

**Что заставило пересматривать концепцию лечения аддиктов?**

Двойной диагноз  
Низкий реабилитационный потенциал  
Высокая степень отчуждения заболевания  
Несформированная внутренняя мотивация  
и внешняя мотивация (семейная) на трезвость  
и лечение  
Синдром «размытой идентичности» и слабое Я  
Наличие дефицитов в личностной структуре  
Со всем этими компонентами не сделать 1-й шаг –  
признать свое бессилие – или его делают  
формально.  
Акцент на развитие рефлексии («наблюдающее Я»)

Более мягкая, индивидуализированная система реабилитации: не дожидаясь принятия 1 шага, начинается глубинная психотерапия.

Особое внимание следует обращать на пациентов с пограничной личностной организацией, у которых, несмотря на внешнюю компенсацию и отсутствие какой-либо симптоматики, сохраняется слабое или расщепленное Эго. Это приводит к внезапным декомпенсациям после многих лет «спокойного периода».

Искусство реабилитационной команды заключается в подборе такого индивидуального реабилитационного маршрута, который способствует сдвигу в сторону ремиссии, а не хронификации.

В результате применения описанных в «Руководстве» методик к пациентам стационарного реабилитационного отделения «Центра Бехтерев» возник ряд существенных дополнений. Появилась необходимость организации отдельного отделения Начального Этапа реабилитации (Предреабилитации), где пациентам проводилась интенсивная мотивационная работа по специальной Программе, которая была разработана и внедрена в 2009 году и постоянно совершенствуется.



**Рис. 1 Синергетическая модель зависимостей**

В нашей клинике помимо био-психо-социо-духовной модели развития болезни стали внедряться такие концепции как синергетическая модель и экзистенциальная модель зависимостей (рис.1). Синергетический подход можно представить 4 основными плоскостями (векторами) био-психо-социо-духовной модели: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом (духовным развитием). Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма; психогенез – развитие психических функций, социогенез – развитие социальных ролей и отношений, ноогенез – динамику развития личности в духовной сфере и включает в себя Я-концепцию, 4 базовые экзистенциальные мотивации, систему ценностей индивидуума, экзистенциальную фрустрацию и т. д.

Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная динамика и фрактальность. На рис.1 можно увидеть, что большинство пациентов поступают на лечение в 4 «фрактале». В точках бифуркации (выбора) процесс выздо-

рования будет зависеть от многих переменных (мотивации, контакта с психологом, включении родителей в терапию и т.д.). Иногда длительно болеющие пациенты неожиданно выходили в стойкую ремиссию вопреки прогнозам врачей.

Наверное, специалисты-реабилитологи первыми начали рассматривать зависимости как био-психо-социо-духовное расстройство и 12 – шаговая модель лечения является духовно-ориентированным инструментом. Вместе с тем, до настоящего времени в реабилитационных программах экзистенциальные проблемы не систематизированы и экзистенциальная терапия носит интуитивный характер, основанный на опыте выздоровления консультантов, представляющих значительную часть реабилитационной бригады.

В современной экзистенциальной традиции (Э. Спинелли, Э. Ван Дорцен, А. Лэнгле и др.) наблюдается тенденция к отказу от скоропалительных диагнозов, определений состояний клиента или его «очевидных» трудностей и проблем. В экзистенциальном подходе к терапии «зависимостей» также отказались от использования термина «Addiction» (пристрастие) в его диагностическом значении. Данный отказ позволяет воздержаться от использования и других популярных априорных конструкций, описывающих проблемы зависимого поведения: «Зависимость – это неизлечимая болезнь», «Пожизненный приговор пациента», «Зависимые – слабые, никчемные, ничтожные люди» и т. п.

Тем не менее, отходить от диагностической категории «зависимость», особенно для пациентов, находящихся в стационаре, не всегда полезно. Важно не приклеивать на всю жизнь диагностический ярлык, а содействовать принятию своего расстройства и работать с ним. Термин аддикция вполне адекватен (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.), так как наряду с химической зависимостью пациенты страдают или страдали от многих нехимических зависимостей: партнера, покупок, компьютера и т. д. Многие аддикты имеют признаки психических расстройств, приводимые ниже и «двойной диагноз»:

нарушение чувства непрерывности,  
постоянства и идентичности своего физического  
и психического «Я»;  
отсутствие чувства постоянства и идентичности  
переживаний в однотипных ситуациях;  
некритичность к себе и своей собственной психической  
продукции (деятельности) и ее результатам;  
несоответствие психических реакций (адекватность)  
силе и частоте воздействий среды, социальным  
обстоятельствам и ситуациям;  
неспособность самоуправления поведением;  
в соответствии с социальными нормами,  
правилами, законами;  
неспособность планировать собственную  
жизнедеятельность и реализовывать эти  
планы;  
неспособность изменять способ поведения в  
зависимости от смены жизненных ситуаций  
и обстоятельств.

Поэтому руководствоваться одним из фундаментальных положений экзистенциализма — отказом от каузальности не представляется возможным, так как мы работаем с пациентами, а не клиентами. Психодинамические аспекты зависимости постоянно находятся в поле зрения специалистов. Симптомы выполняет функцию ложной идентичности, заполняя собой дыру в «Я». Это в свою очередь отражает ту патологическую групповую динамику, ту систему отношений, в которой происходит развитие пациента, а это и связь с психодинамической психотерапией.

В большинстве реабилитационных центрах акцент делается на групповых формах работы, а индивидуальная работа и последующее сопровождение преимущественно нацелена на программные задачи сохранения трезвости. Вместе с тем пациенты нуждаются в проработке внутри- и межличностных конфликтов. В ряде исследований было обнаружено, что больные, страдаю-

щие различными видами зависимости, больше чем обычные люди имеют трудности, связанные с саморегуляцией поведения.

В нашем подходе увеличено количество часов индивидуальной работы. Каждый пациент при переводе на отделение основного этапа реабилитации прикрепляется к индивидуальному психологу, который не только контролирует выполнение программных заданий, но и проводит лично-ориентированную психотерапию, направленную на проработку глубинных личностных проблем пациента, организует совместные семейные сессии и сопровождает пациента после выписки. Индивидуальная терапия, вскрывающая глубинные или бессознательные феномены (отношение к объектам, привычные формы реагирования на стресс, устранение нарциссического дефицита или других отклонений в индивидуальном функционировании), успешно дополняет групповые формы работы. Лечебная программа составляется индивидуально с учетом способностей и потребностей и может быть изменена в процессе лечения, если это необходимо.

Внедрена групповая интерактивная (психодинамическая) модель работы, направленная на укреплении Эго пациента. Коморбидные пациенты, зачастую неспособные вербализовать конфликты, получают шанс донести собственные бессознательные и невербальные аспекты до «терапевтического поля». Такую терапию Ф. Флорес называет сочетанной (*conjunct therapy*). 12-шаговая модель рекомендуется как поддерживающая духовно-ориентированная технология после выписки из стационара как в изолированной форме, так в сочетании с индивидуальной психотерапией или сопровождения пациента специалистом.

Кроме организационных собраний внедрены балинтовские и супервизионные группы для специалистов, проводимые 2 раза в месяц для профилактики профессионального выгорания. Для пациентов, проходящих постстационарную реабилитацию, создана отдельная программа «Потенциалы развития».

Наконец, расширены клиничко-психотерапевтические консилиумы для сложных в дифференциально-диагностическом

плане пациентов.

В настоящее время каждый пациент выполняет задания сначала в Рабочей тетради начального этапа реабилитации, а после перевода на отделение основного этапа реабилитации получает новую рабочую тетрадь «Анонс для новичка».

Приоритетной задачей реабилитации зависимых является формирование опыта жизни без психоактивных веществ и развитие искусства сопротивления влиянию внешней среды.

**Неспособность аддиктов устанавливать и поддерживать здоровые межличностные отношения вносит свой вклад не только в их аддикцию, но также и в трудности сохранения трезвости.**

**Зависимость – болезнь эмоций.** Химически зависимые люди очень часто жалуются на нервозность, раздражительность, напряженность; на то, что какие-то житейские мелочи вызывают бурю эмоций. В норме сила, яркость эмоций колеблются в определенных пределах. У химически зависимых амплитуда колебаний эмоций намного выше этих пределов, страсти захватывают их гораздо сильнее. **Большинство реабилитологов считает преодоление чувства вины и стыда труднейшей частью процесса выздоровления.**

Реабилитация предполагает решение следующих задач:

- скрупулезное изучение значимости агента зависимости (алкоголь, наркотики, игра, работа, отношения и т.д.) в жизни пациента и совместный поиск возможных равнозначных и приемлемых последним альтернатив, самораскрытие;
- предоставление необходимой пациенту информации;
- анализ мотивов поведения и эмоций;
- адекватное самопринятие;
- поиск других, альтернативных, жизнеутверждающих источников самоуважения;



развитие навыков самостоятельности  
и ответственности;

развитие умений бороться со стрессом без  
употребления лекарств и наркотиков;

развитие умения распознавать форму «агитации»  
наркотической среды и сопротивляться ей;

развитие умения применять различные способы  
отказа и говорить «нет»;

развитие навыков борьбы с депрессией  
и неудачами;

обращение к сфере эмоциональных отношений  
(облегчение проявления эмоций); работа  
с деструктивными эмоциями (обида, вина,  
жалость к себе, мстительность);

принятие ответственности за свои выборы;

формирование компетентности в преодолении  
трудностей;

поиск ресурсов для глубинной проработки  
заявленных проблем: внутренние и внешние  
факторы жизни, могущие стать источником  
энергии, положительных эмоций, а также  
физических и психологических сил;

расширение и углубление экзистенциального  
пространства пациента посредством  
гармонизации четырех жизненных  
(экзистенциальных) измерений: физического,  
социального, личностного и духовного;

выявление и утверждение жизненных опор  
и ориентиров: значимые (близкие) люди,  
референтные группы, ценности, убеждения,  
жизненные принципы и идеалы;

преодоление негативной жизненной позиции:  
беснадежность, бессмысленность жизни, скука,  
апатия, пустота, отчаяние, одиночество и т. п.

принятие ответственности — это базовое условие для изменения. Цель— заставить пациентов прекратить играть роль «жертвы», а понять, что они авторы своей жизни;

адекватное самопринятие и самоосознание, восстановление самоуважения;

развитие навыков борьбы со стрессом без лекарств и наркотиков;

построение жизненной перспективы: надежды, стремления, интересы, аутентичные мечты и цели;

практическое (деятельное) воплощение пациентом в свою жизнь выстроенного в процессе терапии образа жизни;

поддерживающее сопровождение реабилитанта в «новой жизни» (индивидуальное сопровождение, амбулаторная группа, группы «анонимные наркоманы и анонимные алкоголики»).

Таким образом, наша программа, отражая современную концепцию зависимости как био-психо-социо-духовного расстройства (рис.2), постоянно развивается и совершенствуется.



**Рисунок 2.Био-психо-социо-духовное расстройство**

Обратите внимание!

Определения основных понятий и главные положения приводятся в рамках, или жирным шрифтом. В глоссарии приведена расшифровка использованных терминов.

Клинические иллюстрации пронумерованы и маркированы специальным значком:

### **Случай из практики №**

В конце учебника приведен список обязательной литературы, рекомендуемой для более глубокого самостоятельного изу-

чения.

В приложениях приведен ряд полезных методических материалов, которые можно использовать при психотерапевтическом сопровождении пациентов в любом формате реабилитации.

Автор полагает, что учебник будет полезен врачам, психологам, социальным работникам реабилитационных центров, оказывающих помощь пациентам с зависимостями; студентам, обучающимся по специальности «психология» и «клиническая психология», а также всем специалистам, курирующих пациентов, у которых можно найти сочетание зависимости и расстройств личности.

На нашем сайте [bechtere.ru](http://bechtere.ru) в разделе реабилитация зависимостей и расстройств личности также можно найти полезные материалы. Предложения по улучшению учебника направлять по адресу [kulaksergey@yandex.ru](mailto:kulaksergey@yandex.ru)

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Клинико-психологическая диагностика, которую проводит клинический психолог или психотерапевт, выполняет следующие функции: описание (жалобы), классификация, прогноз, оценка. Эти функции могут относиться как к отдельным пациентам, так и межличностным системам (семья, микросоциальное окружение). Они имеют значение для исследования и последующих вмешательств.

Сегодня в практике изучения пограничных психических расстройств обязательно анализируются факторы, важные для формулировки терапевтических целей, например, уровень развития, интеллект, особенности личности, школьная, профессиональная и семейная ситуация; в оценочном формате учитывается и демографическая ситуация. В процессе психологического обследования решаются вопросы диагностики, общие для всех ее сфер; кроме того, в исследовании решаются частные проблемы, например, исследование уровня организации личности и выявление ведущего аффекта в объектных отношениях (от этого зависят сроки пребывания в стационаре). Рассмотрим самые важные темы диагностического интервью.

### **Симптомы, патологические черты характера, психиатрическая история**

Симптомы и патологические черты характера, которые привели пациента на лечение

Тщательная и систематическая оценка всех симптомов и трудностей, начиная с настоящей картины проблем, а также обзор трудностей и симптомов в истории прошлой жизни

История предыдущего психиатрического лечения, медикаментозной терапии и госпитализации

Медицинская история и история злоупотребления ПАВ, семейная история психических расстройств, история травматических событий,

физического и сексуального злоупотребления или отвержения  
Комплексная психиатрическая оценка симптомов, включая симптомы аффективных, тревожных, психотических, пищевых расстройств, проблем в обучении, злоупотребление ПАВ, аутодеструктивное поведение, история жестокости или криминала.

Обзор предыдущего лечения, включая трудности, возникшие в процессе его прохождения. Как закончилось лечение, мнение пациента о каждом эпизоде предыдущего лечения

**Личностное функционирование в отношениях, работе и отдыхе**

Степень, до которой симптомы и патологические черты характера препятствуют личностному функционированию

Межличностное общение, включая интимные отношения и секс.

Вовлеченность в работу, учебу сейчас и в прошлом.

Индивидуальные интересы, хобби и проведение свободного времени.

**Структурные характеристики личности. Дименсиональная оценка организации личности (невротическая, пограничная, психотическая структура) и структурный диагноз**

Формирование идентичности, чувство Self и Других. Способность инвестировать в отношения и осуществлять долгосрочные цели.

Качество объектных отношений. Межличностное функционирование. Понимание отношений в терминах взаимности или удовлетворения собственных потребностей.

Защитные стили. Адаптивные психологические защиты, основанные на подавлении, или незрелые, основанные на расщеплении и отрицании

Управление агрессией. Сбалансированное, своевременное выражение агрессии или блокировка агрессии или неадекватное её выражение по отношению к себе и окружающим.

Моральный компас. Интернализированные ценности и идеалы, определяющие поведение или незэтичное и антисоциальное поведение.

Комплексная дименсиональная оценка здоровья, включая тяжесть патологии, покрывающей каждый из пяти доменов (идентичность, объектные отношения, защиты, агрессия, моральные ценности)

Дополнительная цель, связанная с психотерапевтическим интервью — сообщение его результатов другим специалистам и членам реабилитационной команды.

Говоря о симптомах химической зависимости, в первую очередь необходимо перечислить симптомы эмоциональные

(обида, неустойчивость настроения и т. д.), являющиеся следствием реакции напряжения, тревоги и фрустрации. Некоторые аддиктивные жалобы имеют еще один механизм происхождения – регрессионный, сочетающий в себе и физиологические, и психологические факторы (например, когда молодой человек не отделяется от семьи и не берет ответственность за свою жизнь, принимает наркотики и (или) дополнительно заболевает психосоматическим заболеванием).

Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или членами его семьи, выявляет внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. (Например, рецидив заболевания Юрия чаще всего возникает, когда его жена усиливает свой контроль: не дает ему возможности общаться со своими друзьями, постоянно его сопровождает). Такой порядок описания не позволит пропустить и явления коморбидности.

По симптомам заболевания можно строить первичные гипотезы появления проблем пациента. Остановимся на некоторых особенностях симптомов:

проявления аддикции являются также действием защитно-компенсаторных механизмов, способом противостояния подсознательных элементов психики подавлению со стороны сознательной цензуры;

проблемы зависимости (алкоголь, наркотики, лекарства) могут играть определенную роль в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств, предшествовать или сопутствовать любому расстройству;

особенности темперамента и личностные расстройства вносят своеобразие в клиническую картину и могут в значительной степени объяснять интенсивность расстройства и его постоянство;

проблемы адаптации-дезадаптации могут отражаться через симптомы зависимости и встречаться при всевозможных обстоятельствах. Они могут возникать вследствие как легких, так и серьезных клинко-психопатологических расстройств, могут служить проявлением психосоматического, личностного или эндогенного расстройства. Проблемы адаптации всегда связаны с межличностными отношениями пациента, его экосистемой, а не только с самим пациентом.

Для того чтобы понять основные проблемы пациентов, поставить диагноз и составить лечебный план, психотерапевт должен последовательно рассмотреть ряд важных вопросов. Во многом этот процесс напоминает работу детектива, особенно при анализе истории семьи в нескольких поколениях. По мере необходимости психотерапевт отбирает и учитывает факторы, которые приводят пациента к специалисту, а также проверяет альтернативные гипотезы и схемы. Обычно процесс принятия



решения начинается с клинического обследования. Оно преследует три цели: постановку диагноза (определение природы и причин проблем, формальный, клинический диагноз), определение прогноза (предположение о поведении пациента в определенных обстоятельствах), планирование и оценку терапии (план реабилитации и оценка ее эффективности).

Итак, какими установками мы руководствуемся в клинической практике?

Первая установка: **наркомания** обусловлена множеством причин.

Руководствуясь этим утверждением, мы должны выйти за рамки изучения наблюдаемых симптомов расстройства и рассмотреть возможные пути развития нарушений и взаимодействующие события, которые в совокупности вызывают проявление конкретного расстройства. (В нашей практике — это мультимодальный подход и постановка многомерных гипотез). Поэтому на психотерапевта или клинического психолога, работающего с таким пациентом, возлагается серьезная ответственность в проведении тщательной диагностики перед началом реабилитации.

Клиническое обследование направлено на оценку поведения, когнитивных функций и эмоций пациента, а также внешних обстоятельств, которые могут быть связаны с имеющимися у него проблемами.

Вторая установка подчеркивает взаимозависимость пациента и среды. Она уводит нас от традиции рассматривать лишь средовое воздействие на пациента и забывать при этом об обратном процессе, то есть о влиянии пациента на окружающую его среду. Аддиктивные расстройства должны рассматриваться в контексте наиболее значимой для пациента системы отношений. Это предполагает детальную диагностику семейных и других значимых отношений.

Для вынесения диагностического решения существуют разные методические пути получения данных.

Хотя многие специалисты в области психического здоровья

используют психологические тесты, самый надежный метод на практике — диагностическая беседа (интервью). Диагностическая беседа служит не только для сбора информации, но одновременно выполняет консультирующую и терапевтическую функции. При диагностике особенно важно учитывать взаимное влияние поведения интервьюирующего и ответа-поведения интервьюируемого. Присоединение к пациенту во время интервью, когда появляются первые данные о расстройстве и собирается анамнез, может являться уже начальной фазой клинико-психологического вмешательства.

**Психическая болезнь есть неспособность устанавливать и поддерживать конструктивные межличностные отношения, корень которой кроется в раннем опыте отверженности, одиночества, непонимания.**

В отличие от психических расстройств, которыми занимается «большая психиатрия», при «пограничной патологии» вряд ли будут наблюдаться расстройства мышления, интеллектуальной сферы или другие выраженные психопатологические отклонения. Если такие проявления имеют место и исследователь испытывает затруднения при их верификации, то следует использовать такой диагностический инструментарий, как структурное интервью Кернберга (рис.3), провести тщательное психопатологическое исследование.

Необходимость и выбор метода лечения, вероятность отсутствия рецидивов в дальнейшем у пациентов с зависимостью связаны с системной оценкой проблем в различных областях: в семье, в школе, в межличностном общении, в индивидуальном психологическом функционировании, в мотивации на лечение. В реабилитации важной задачей клинического психолога и психотерапевта является постановка «структурного диагноза».

## СТРУКТУРНЫЙ ДИАГНОЗ

Развитие теории объектных отношений в клинической практике способствовало пониманию, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и так далее табл.3). Это будет означать, что данному человеку свойственен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Одни функционируют на достаточно высоком уровне, другие находятся на ранних стадиях психозомоционального развития. Развитие теории объектных отношений в клинической практике способствовало пониманию, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и так далее — табл.4). Это будет означать, что данному человеку свойственен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Одни функционируют на достаточно высоком уровне, другие находятся на ранних стадиях психозомоционального развития. Сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений — уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня. Согласно современным психоаналитическим представлениям, пациенты невротического уровня опираются, в основном, на более зрелые защиты; при этом они используют также и примитивные механизмы, хотя наличие последних не исключает диагноза структуры характера невротического уровня.

В психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов. Психотические личности чаще всего прибегают к уходу в фантазии, отрицанию, тотальному контролю, примитивной идеализации и обесцениванию, примитивным формам проекции и интроекции, расщеплению и диссоциации.

Первое измерение отражает уровень индивидуации пациента или степень патологии (психотический, пограничный, невротический,

«нормальный» табл); второе обозначает тип характера человека (параноидный, депрессивный, шизоидный и так далее). Оценка центральной проблемы индивида (безопасность, автономия или идентичность), характеристического переживания тревоги (тревога уничтожения, сепарационная тревога или более специфические страхи наказания, повреждения, потери контроля), основного конфликта развития (симбиотический, сепарация–индивидуация, эдипов), способности к объектным отношениям (монадические, диадные, триадные) и чувства собственного Эго (подавленное, втянутое в сражение или ответственное) образует одно всестороннее измерение аналитической психодиагностики. По этой схеме многие аналитические диагносты определяют структуру личности пациента. На оси развития расположены три главные категории организации. Фактически мы имеем дело с континуумом, имеющим отличия в степени выраженности. Следует отметить, что в условиях достаточно сильного стресса совершенно здоровый человек может иметь временную психотическую реакцию.



**Таблица 4. Уровни организации личности**

Для того чтобы исследователю было легче понять особенности каждого уровня нарушения, в таблице 5 в краткой форме представлены их характеристики.

Характеристики	Уровни нарушений по О. Кернбергу		
	Психотический уровень. Симбиоз	Пограничный уровень. Сепарация — индивидуация	Уровень от невроза до здоровья. Интеграция идентичности и константность объекта
Центральная проблема	Безопасность	Автономия	Идентичность
Характер тревоги	Тревога уничтожения	Тревога сепарации	Тревога наказания и потери контроля
Конфликт развития	Оральный: симбиотический	Анальный: сепарация-индивидуация	Эдипов конфликт
Тип конфликта по Эриксону	Базовое доверие или недоверие	Автономия или стыд и неуверенность	Инициативность или вина
Объектные отношения	Монадические	Диадные	Триадные
Чувство «Я»	Затопленное	Сражающееся	Ответственное

**Таблица 5. Характеристики уровней нарушений**

В психотерапии такой подход означает, что можно лучше понять пациента, рассматривая его не только через призму интрапсихических проблем (тревожность, внутренние дилеммы, зависимости, психосоматика и т. д.), но и с точки зрения целого, то есть в контексте социальных связей, составной частью которых он является. Поведение отдельного пациента, на первый взгляд представляющееся отклонением от нормы, необычным

или странным, при индивидуальном подходе может показаться естественным или, по крайней мере, понятным, если рассматривать его как ответ на взаимоотношения, которые сложились в его семье. Диагностика уровня развития личности определяет объем и временной интервал дальнейших психотерапевтических мероприятий. Таким образом, адекватное или неадекватное представление о себе ребенок формирует на основе «отраженных оценок», исходящих от значимых других. Если ребенок не является желанным, и родители обращаются с ним жестоко, подвергая его унижениям, его Эго деформируется, наполняясь агрессивностью, жестокостью по отношению к миру. Здоровое и целостное Эго может возникнуть только на основе любви, эмпатии, уважения. Родительское отношение к ребенку, а также реакции на него значимых других будут определять самооценку и приспособительные функции на протяжении всей взрослой жизни.

Теория О. Кернберга хорошо соотносится с эриксоновскими стадиями детского развития и ролевого развития Я. Морено и представляет ориентир для психотерапевта. Так, например, если у пациента имеется чувство вины, это указывает, что проблема возникла в трех–пятилетнем возрасте – в период инициативы–вины. Даже если пациент точно не укажет возраст, все равно психотерапевт ищет корни проблемы, возникшей примерно в этот период.

Формирование идентичности – это процесс, длящийся всю жизнь. В круговом интервью Кернберга (рис.3) определение «синдрома диффузной идентичности» – одна из важнейших задач диагностики.



**Рис 3. Круговое интервью Кернберга**

Предлагаемый оценочный алгоритм «структурного диагноза» предназначен для тех специалистов и учреждений, которые нацелены на диагностику и психотерапию как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

## СТРУКТУРНЫЙ ДИАГНОЗ

### А. ИДЕНТИЧНОСТЬ

#### 1.Способность вкладываться в учебу, работу, отдых, получение удовольствия

1. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе (учебе) и досугу

2. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе/учебе ИЛИ досугу, проявляя поверхностность в другой сфере из двух.

3. Вовлеченность в работу и досуг непоследовательная и поверхностная.

4. Может уделять больше времени какому-то одному занятию или проявлять кажущуюся вовлеченность, больше для удовлетворения нарциссизма.

5. Минимальная вовлеченность в работу/учебу или досуг

6. Отсутствие вовлеченности в работу/учебу или досуг

Школа – первая работа подростка. Регулярное ее посещение и положительные школьные оценки требуют наличия определенных социально-психологических навыков у ребенка, соответствующих возрасту, определенного уровня развития социальной компетентности и минимального уровня ориентации на достижения. Социальная компетентность состоит в способности подростка адекватно общаться как с ровесниками, так и с взрослыми. Она включает в себя как минимум коммуникативные навыки, самоконтроль, умение расслабляться, отдыхать и разрешать проблемы. Школьная дизадаптация (несостоятельность) способствует появлению эмоциональных и поведенческих расстройств, а резкое снижение успеваемости в школе при нормальном или высоком интеллекте может навести на мысль о формировании личностного расстройства или злоупотреблении подростком наркотиками или зависимостью от компьютера, интернета. Очень важна объективная информация (характеристика из школы, показатель интеллекта).

Провалы в школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: какие установки у родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли родители ответственность за проблемы своего ребенка или они ругают школу; хвалят ли родители за школьные достижения ребенка или «учатся за него». Другими подкрепляющими или ослабляющими девиантное поведение условиями являются отношения учителей и дирекции



школы с конкретным учеником: знают ли они его особенности; есть ли контакт у родителей с учителями или они находятся в конфронтации. Умение планировать отдых и развлечения также показатель «взрослости».

## **2. Чувство Я**

Самоописание (поверхностное, глубокое); амбивалентность, постоянство чувства Я в настоящем; мнения, вкусы; нарциссические черты; чувство Я в интимных отношениях; самооценка. Выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки. Самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки: (от грандиозности к униженности).

1. Самоощущение хорошо интегрировано – связанное, сложное, сохраняемое в течение длительного времени, вне зависимости от ситуации.

2. Самоощущение хорошо интегрировано, но нестабильно в течение длительного времени или легкие, стабильные нарушения самоощущения (например, непонимание себя).

3. Самоощущение почему-либо плохо интегрировано (не согласуется в чем-либо, поверхностное, нестойкое или противоречивое, со значимыми нарушениями (например, одновременно идеализированное и девальвированное представление о себе, устойчиво грандиозное представление о себе или устойчиво обесцененное).

4. Самоощущение плохо интегрировано: нестабильное, слишком поверхностное, противоречивое или устойчиво грандиозное/девальвированное.

5. Самоощущение не интегрировано: крайне несвязное, поверхностное хаотично нестабильное с отсутствием ощущения ядра личности.

## **3. Репрезентации других**

Значимые фигуры в настоящей жизни. поверхностное, глубокое описание, амбивалентность, меняющееся мнение о других или целостное восприятие достоинств и недостатков родите-

лей или друзей.

1. Представления о других хорошо интегрированы – связанные и устойчивые, в разное время и в разных ситуациях

2. Представления о других хорошо интегрированы, но есть некая поверхностность или легкая нестабильность в данных представлениях или в чувствах других по отношению к опрашиваемому.

3. Представления о других в чем-то плохо интегрированы – присутствует несогласованность, туманность, поверхностность, непоследовательность, какая-либо нестабильность и противоречивость в ощущениях других или в чувствах других по отношению к опрашиваемому, описания могут быть автореферентными (со ссылкой на себя как на источник информации для себя).

4. Представления о других плохо интегрированы – несогласованные, нестойкие, противоречивые, со значимыми нарушениями; описания во многом автореферентны.

5. Представления о других не интегрированы – карикатурные, хаотичные, противоречивые и крайне нарушенные; описания автореферентны.

## **Б. ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ**

### **1. Межличностные отношения**

Присутствуют\отсутствуют, сколько времени (в норме устойчивые отношения должны наблюдаться не менее года).

Отношения с ровесниками – также серьезный предиктор эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков. Специалисту следует расспросить, кто является близким приятелем данного пациента; чем они вместе занимаются; как пациент себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение группы старших подростков или маргинальной группы может навести на мысль о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов – на тревожное расстройство личности или слабое развитие социальных и коммуникативных навыков. Контактная с другими, подростки не воспринимают адекватно границы между собственными намерениями в общении и чувствами других людей.

1. Есть как минимум один (или больше) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет; регулярные кон-

такты с близкими друзьями; большая глубина вовлеченности; конфликты с друзьями редки и понятны (реалистичны).

2. Один (или более) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет, но в самой близкой дружбе прослеживается поверхностность, конфликтность или меньшая вовлеченность, проявляющаяся вариабельностью контактов и доверия, конфликтами в дружбе.

3. Можно говорить о наличии одного или более друзей с поверхностными отношениями, более короткой продолжительностью, значимо сниженной интимностью или нарушением взаимности доверия, значимыми конфликтами с друзьями.

4. Имеет знакомых, вряд ли – друзей. Отношения поверхностные, избегают конфликтами.

5. Отсутствие друзей. Описание дружбы бедное, поверхностное, хаотичное.

## **2.Интимные отношения и сексуальность.**

Имеются ли романтические или интимные отношения, присутствует любовь или отсутствие сексуальной активности, наличие мастурбации. При первом контакте с подростком эти темы поднимать осторожно или отложить на следующую встречу.

1. Наличие удовлетворяющих интимных отношений с взаимной зависимостью, способность сочетать любовь и сексуальность в течение длительного времени (дольше 6 месяцев).

2.Наличие интимных отношений с изъязном (подавленные, грубые, ограниченно доверительные); может сообщать о наличии любви при подавленности сексуальности; могут быть сложности с интеграцией любви и секса.

3.Ограничение интимной сферы. Может сообщать о сложностях в сохранении интимных отношений; отношения характеризуются широтой конфликтов, кратковременностью и поверхностностью; могут быть длительные отношения с подавлением сексуальности, неверностью и/или нарушением доверия.

4.Краткие, малоинициативные поверхностные попытки установить интимные отношения; серьезная подавленность сексуальности и доверительности и/или промискуитет.

5. Отсутствие интимных отношений и сексуальной активности.

### **3. Внутренний вклад в отношения со значимыми людьми**

Эгоцентризм, скука, открытость, закрытость, наличие эмпатии, экономический взгляд на отношения, конфликтность.

1. Легко поддерживает взаимную зависимость, не рассматривает взаимоотношения как средство удовлетворения потребностей. Полноценная способность к эмпатии и к уважению/осознанию потребностей других, вне зависимости от собственных потребностей. Легко сохраняет интерес к другим в течение длительного времени.

2. Способен сохранять взаимную зависимость. В целом, не думает об отношениях как о средстве удовлетворения потребностей. Может думать о том, что он (а) получает от отношений, но это — не центральная мотивация в отношениях. Полностью развитая потребность в эмпатии с некоторыми сложностями видеть потребности окружающих вне зависимости от своих в отдельных сферах (сексуальные отношения, соревнования с друзьями). Способен сохранять интерес к другим в течение длительного времени.

3. Ограниченная возможность в формировании взаимной зависимости. Может либо заботиться, либо нуждаться в заботе ИЛИ занимать доминирующую/подчиненную роль, вести или быть ведомым. Могут наблюдаться колебания между двумя позициями. Склонен рассматривать взаимоотношения как средство для удовлетворения потребностей. Ограниченные способности к эмпатии и к пониманию потребностей других в отрыве от собственных потребностей. Ограниченные способности к сохранению интереса с течением времени.

4. Нет способности к взаимной зависимости. Рассматривает отношения как средство достижения собственных целей. Незначительные способности к эмпатии. Не понимает потребностей других людей в отрыве от своих потребностей. Интерес к человеку после удовлетворения потребности мал или отсутствует.

5. Нет способностей к зависимым отношениям, к эмпатии. Рассматривает отношения целиком с точки зрения удовлетворения

своих потребностей, не интересуясь потребностями других.

### **ОБЩАЯ ОЦЕНКА ИДЕНТИЧНОСТИ**

1. Целостная идентичность – ощущение себя и окружающих хорошо интегрировано, глубокая вовлеченность в работу и отдых.

2. Целостная идентичность но с областями легкого дефицита – ощущение себя и окружающих интегрировано, но с легкой поверхностностью, нестабильностью или нарушениями И/ИЛИ некоторыми сложностями вовлечения в работу или отдых.

3. Легкая степень нарушения идентичности – ощущение себя и/или других в чем-то плохо интегрировано (очевидная поверхностность, несогласованность или нестабильность, временами – с противоречиями и разрывами) с явными нарушениями способности вовлекаться в работу и/или отдых или вовлечение лишь удовлетворяет нарциссические потребности.

4. Умеренная степень нарушения идентичности – ощущение себя и других плохо интегрировано (значительная поверхностность, несогласованность, нестабильность, противоречия и нарушения), дефицит способности вовлекаться в работу/учебу и досуг.

5. Тяжелая патология идентичности – крайне поверхностные, хаотичные, резко противоречивые и разорванные представления о себе и об окружающих. Вовлеченность в работу и отдых отсутствует.

Примечание: Если нарушение восприятия окружающих значимо выше нарушений самовосприятия – следует заподозрить нарциссическую патологию.

### **В. АГРЕССИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ**

**1. Агрессия по отношению к себе:** вред своему здоровью, рискованное поведение, самоповреждения, суицидальность, прекращение лечения в медицинских учреждениях, игнорирование рекомендаций врачей, хроническое нарушение режима.

**2. Агрессия, направленная на других:** враждебность, зависть, гнев, месть, ревность.

1. Отсутствие аутоагрессии или минимальный ее уровень (например, пощипывание кожи).

2. Редкие случаи саморазрушающего поведения (например, случаи чрезмерного употребления алкоголя, случайный секс) и минимальное пренебрежение здоровьем (неправильное питание, нерегулярная чистка зубов, нерегулярный прием назначенных лекарств).

3. Более значимое саморазрушающее поведение (допущение таких ситуаций, как незащищенный секс, любовные интрижки, запои). Выдирание волос или ресниц. Поведение, мешающее выздоровлению или ведущее к инфекционному заболеванию. Неспособность следовать медицинским рекомендациям с потенциально серьезными последствиями.

4. Значимая аутоагрессия: нередкое допущение ситуаций с риском для жизни, крайне рискованное поведение (незащищенный секс с незнакомцем, пьянки в опасных ситуациях, вождение в нетрезвом виде). Нелетальные самоповреждения (порезы, ожоги). Серьезное пренебрежение здоровьем. Суицидальные жесты.

5. Опасная аутоагрессия по «многим фронтам», с потенциальным серьезным вредом для здоровья. Одна или более суицидальная попытка.

**Общая оценка агрессии** важна для определения прогноза лечения и выбора амбулаторного или стационарного способа оказания помощи.

1. Агрессия под контролем. Могут иметь место эпизоды гнева или вербальной агрессии, но они кажутся адекватными ситуации.

2. Ситуация с агрессией не критичная. Деадаптивные проявления ограничены минимальным саморазрушающим поведением или пренебрежением, контролирующим стилем отношений или вспышками вербальной агрессии. Вербальная агрессия чаще или сильнее, чем в случае 1. Может иметь место хороший контроль, но нарастающая враждебность.

3. Достаточно плохой контроль агрессии. Деадаптивные проявления агрессии включают в себя значимое саморазрушающее или высоко рискованное поведение, пренебрежение собой

и неподчинение. Также/или могут быть вспышки гнева, вербальная ненависть, частые случаи враждебного контроля над другими, садистическое удовольствие от дискомфорта или неудач других. Может наблюдаться хороший контроль над поведением, но значительная враждебность.

4. Плохой контроль агрессии. Если агрессия направлена на себя, она может быть смертельно опасной, но не постоянной. Если она направлена на других, — эпизодическое, но частое вербальное издевательство, частые угрозы физического вреда себе или окружающим, нападения на других, удовольствие от оскорбления и/или злой власти над другими. Суицидальные жесты. Значительная или тяжелая враждебность.

5. Контроль агрессии минимален или отсутствует. Склонность к проявлению хронической, смертельно опасной агрессии. Частые жестокие, садистические вербальные издевательства. Атаки на других или самоповреждения с целью причинить вред. Создание ситуаций, опасных для жизни себя и/или других. Суицидальные попытки. Могут наблюдаться многократные попытки с целью умереть.

#### **Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ**

У пациентов с расстройствами личности решающую роль играют механизмы психологической защиты, представляя собой устойчивый, индивидуальный специфический набор приемов. С их помощью индивидум привыкает преодолевать конфликты, возникающие между основными параметрами психической жизни, — собственно влечениями, потребностями, реальностью, прежде всего значимыми лицами социального окружения. Вместо расширения копинг-механизмов, что бывает у здоровых детей, у подростков с личностными девиациями преобладают защитные построения. Они позволяют пациентам контролировать болезненные, чаще тревожно-депрессивные реакции на конфликт и приводят к гомеостатическому решению проблемы. Далее защиты автоматизируются и перестают осознаваться, в этом причина их устойчивости и того, что больные с ними так неохотно расстаются. Лица с высоким структурным уровнем использу-

ют более зрелые защиты: рационализацию, вытеснение, сублимацию. Пациенты со средним и низким структурным уровнем выявляют идеализацию, обесценивание, проекцию, проективную идентификацию, нарциссические фантазии, параноидные симптомы.

#### **Д. АДАПТАЦИЯ\РИГИДНОСТЬ**

Планирование, предвидение событий (антиципация), гибкость, самообвинения, застревание на конфликте, ухудшение самочувствия при незначительном стрессе.

#### **Е. МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ**

Имеется ли внутренний моральный компас (самостоятельный, постоянный, гибкий). Чувство стыда, вины. Присутствие жестокого, агрессивного, антисоциального поведения (драки, ограбления); отсутствие критики на отсутствие моральных ценностей, отсутствие вины, стыда, раскаяния.

1. Внутренний нравственный компас автономен, последователен и гибок. Отсутствуют признаки аморального поведения. Зрелое и адекватное чувство ответственности за потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Испытывает чувство вины.

2. Внутренний нравственный компас автономен и последователен, но с ригидностью или двойственностью в случаях возможной личной выгоды. Нет признаков явно аморального поведения. Некоторая ригидность или небрежность в ощущении беспокойства или ответственности за свое потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Чувство вины есть, но оно пассивно, и не ведет к активным действиям по возмещению ущерба.

3. Некое чувство внутренних нравственных стандартов, слишком ригидное или слабое. Может иметь место неэтичное поведение, такое как плагиат, ложь. Могут наблюдаться трудности с применением нравственных стандартов для управления поведением. Может быть эксплуататором, с трудом берет ответственность за поведение, причиняющее вред другим. Недостаточно ощущает беспокойство и вину, или испытывает чувство вины лишь для садистического самобичевания.



4. Нравственные стандарты слабы, непоследовательны и коррумпированы. Может быть агрессивное антисоциальное поведение, такое как воровство, подлог, шантаж. Может идти на конфронтацию с жертвой, но без насилия (по крайней мере, запланированного). Морально ориентирован на то, чтобы не быть пойманным. Эго-синтонная эксплуатация. Не упускает случаев получить выгоду за счет других. Не испытывает вины или сожаления.

5. Не понимает, что такое «нравственные ценности». Наличие жестокого антисоциального поведения (запланированные нападения, побои) ИЛИ явная психопатия (непонимание явления нравственных ценностей) с жестоким поведением или без такового. Не испытывает вины или сожаления.

Пациенты с низкоуровневой пограничной организацией обладают большим количеством симптомов по всем вышеуказанным показателям и чаще всего это проявляется в низком качестве объектных отношений (отсутствие эмпатии, способность поддерживать стабильные межличностные отношения), агрессии (опасный уровень агрессии по отношению к себе и другим), а также в интегрированной системе ценностей (антисоциальные черты, девиантное и делинквентное поведение).

При синдроме «злокачественного нарциссизма»  
имеет место незначительный или отсутствующий контроль над агрессией, нарастающая тенденция к выраженному, хроническому гневу; часто садистическое удовольствие от вербального и физического мучения окружающих, стремление причинить им вред, множественные попытки суицидов.

Для построения графиков и более тщательной дименсиальной оценки клинические психологи могут использовать методику STIPO-R, которую можно найти на сайте института личностных расстройств <https://www.borderlinedisorders.com/>

## ДИАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНОЙ СТРУКТУРЫ

Главными признаками структурных нарушений являются крайняя внутренняя неустойчивость в оценке себя и других, ощущение внутренней пустоты и отсутствие смысла.

Критерии пограничной структуры таковы (диагностическим показателем в плане подтверждения гипотезы о наличии пограничной структуры у пациента является наличие пяти критериев):

**Зависимость от объекта** – пациенты с пограничной структурой прикладывают невероятные усилия, чтобы их не оставили, не бросили. В процессе длительной терапии всегда проблемными будут периоды, когда необходимо сделать перерыв в терапии в связи с отпуском или учебой психотерапевта.

**Расщепление**, которое проявляется в том, что сначала очень сильно идеализируют других, потом обесценивают. Интенсивные межличностные отношения, кидает из одной стороны в другую.

**Нарушение идентичности** (*кто Я?*) – нарушение самовосприятия, отсутствие целостного образа себя, неуверенность в себе. «Кто я? Тварь дрожащая или право имею?». Диффузная идентичность проявляется в амбивалентном отношении к себе и другому (нарушенные Я – и объект-репрезентации) и включает механизм расщепления.

**Импульсивное поведение**, которое может наносить вред пациенту:

- импульсивное поведение при трате денег;
- импульсивная сексуальность;
- злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ);
- безрассудная езда на автомобиле;
- импульсивность в еде

**Повторяющиеся суицидальные действия**, угрозы совершения суицида, самоповреждающее поведение. Стремление через боль и страдания обрести целостность идентичности, восста-

новив связь с телом, которое отщеплено. Саморазрушающие действия, как ни парадоксально, позволяют Самости не развалиться. Через ощущение боли происходит заполнение пустот ядра Самости, основу которого составляет репрезентация, образ собственного тела.

**Аффективная нестабильность** (эпизодическая дисфория, раздражительность, страхи). Неадекватные приступы ярости, отсутствие контроля, часто драки, рукоприкладство. Отсутствие зрелых структур, прежде всего Я с его функцией саморегуляции, не дает возможности удерживать и контролировать аффект.

**Хроническое чувство пустоты**, отсутствие смысла. В связи с этим постоянное стремление заполнить внутреннюю пустоту внешними стимулами.

**Временные психотические эпизоды**, как правило, вызванные стрессовой нагрузкой.

При разных структурных уровнях применяется разная стратегия работы. Важно как можно скорее определить структурный уровень. Здесь особую роль играет супервизия как возможность объективного взгляда со стороны.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРЦИССИЗМА

Клинические наблюдения показывают, что это расстройство имеет два подтипа: открытый и скрытый. **Открытый**: грандиозный, высокомерный, надменный, хвастливый и конкурентный. Грандиозное Я — защитная структура, обеспечивающая защиту от тревоги, от потребности полагаться на других. Контакт с реальным миром угрожает психологическому гомеостазу. **Скрытый**: уязвимый, скромный, на вторых ролях, но обуреваемый грандиозными фантазиями о неограниченном успехе, нереализованных амбициях. У них наблюдается общее стыдливость, торможение, робость, сексуальное торможения. Но за этим часто скрываются фантазии о грандиозности и величии, и такое поведение служит защитой от ситуаций, когда такие фантазии не поддерживаются окружающими. Вторым проявлением является сексуальный промискуитет и неспособность к любви.

Часто оба этих подтипа существуют совместно, флюктуируя между асертивностью и уязвимостью. У таких пациентов трудно установить

| вать наблюдательную дистанцию по отношению к «грандиозному Я».

При проведении дифференциальной диагностики с нарциссическим расстройством личности оценивают «моральный компас» (нечестность, эксплуатация), а также выраженные антисоциальные черты. Важным для дифференциальной диагностики пограничного расстройства личности (ПРЛ) и нарциссического расстройства личности (НРЛ) на пограничном уровне является наличие или отсутствие интегрированной идентичности. У пациентов с ПРЛ в разные моменты времени проявляются разные аспекты их внутреннего мира. А у пациентов с НРЛ пограничного уровня фрагментация и слабость идентичности прячется за нестабильной и хрупкой Я-грандиозностью, которую они демонстрируют миру и себе. При тяжелом НРЛ, как и при ПРЛ симптомы могут проявляться остро: импульсивность, хаос в отношениях со значимыми людьми, значительное падение работоспособности, невозможность эмоциональной близости, парасуицидальное поведение и нанесение себе вреда. Кроме того, такие пациенты склонны к антисоциальному поведению, что требует дифференциальной диагностики различных типов нарциссической патологии и антисоциальными синдромами разной степени выраженности.

Самыми важными дифференциально-диагностическими признаками является, во-первых, сложность принятия пациентами с НРЛ любых зависимых отношений, чрезвычайно малый вклад в развитие отношений (за исключением случаев эксплуатации или паразитизма), отчужденность. Это резко отличается от выраженной амбивалентности, верности и зависимости, характерной для отношений у пациентов с ПРЛ. Во-вторых, у лиц с НРЛ чаще отмечаются выраженные флуктуации чувства неполноценности и неудачливости (с сопутствующими депрессивными реакциями) с одной стороны, превосходства и грандиозности — с другой. Последнее проявляется в презрительном и пренебрежительном отношении к другим, включая лечащего врача. У пограничных пациентов отношения изменяются от острой зависимости и идеализации до гневного отвержения, но у них никогда

не бывает хронического презрения, свойственного «нарциссам». В-третьих, вследствие вышеуказанных особенностей, пациенты с тяжелым НРЛ (на пограничном уровне) обычно социально изолированы, даже если работают с людьми. Они теряют друзей и не поддерживают длительные отношения; их объективное одиночество контрастирует со сложными, противоречивыми, но сцепленными связями пограничных пациентов.

### **МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЯМИ**

Успешность индивидуальной терапии достигается постановкой «психотерапевтического диагноза» и четким выделением «мишеней психотерапии». Мишень психотерапии — проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого в процессе психотерапии является осознанной целью взаимодействия (Назыров Р. К., и др., 2011). Авторы на примере пациентов с невротами описывают следующие группы «мишеней»: 1-я группа: клинические психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфики); 2-я группа: мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента; 3-я группа: мишени, специфичные для психотерапевтического процесса; 4-я группа: психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации; 5-я группа: мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

В реабилитации наркозависимых наименее разработанными являются мишени 2-й, 4-й и 5-й групп. Трудностями выделения мишеней 2-й группы служит тот факт, что более половины пациентов имеют пограничную личностную организацию и соответственно эго-синтонное отношение к имеющейся симптоматике (2-я ось DSM IV). Специфика клинической ситуации состоит в игнорировании родственниками необходимости участия в семейной терапии, одновременно мотивируя своих детей на лечение. Данная ситуация повышает риск рецидива при воз-

вращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему (4-я ось DSM IV). Все это заставляет искать методики, интенсифицирующие проработку проблем пациентов (5-я мишень) в рамках краткосрочной стационарной реабилитации (45 суток), косвенно связанных с «мишенями нозологической специфичности».

В данной работе, на основании вышеописанной классификации психотерапевтических мишеней в нашей адаптации осуществлена попытка структурирования психотерапевтического диагноза, служащего «лоцманской проводкой» индивидуального маршрута каждого пациента. Рассмотрим последовательно эти мишени.

**I. Клинические (нозологические) «мишени».** Кроме основного диагноза «Зависимость от ПАВ» сюда будут относиться другие синдромы, соответствующие 1 оси многоосевой классификации психических и поведенческих расстройств DSM-IV и отражающие коморбидность конкретного пациента. Пример: сезонные колебания настроения, навязчивый страх или тревожное состояние, галлюцинаторные переживания после перенесенного психоза. Работа с этими мишенями будет осуществляться совместно врачом и психологом.

**II. Мишени, специфичные клинической ситуации** (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение). Эти феномены связаны с полем, на котором идет разворот симптоматики. Приведем несколько примеров.

1. Низкая психологическая компетентность
2. Социальная дезадаптация
3. Дисфункциональная семья, симптом выполняет морфостатическую функцию.
4. Провоцирующее поведение социального окружения
5. Созависимость
6. Стигматизация
7. Госпитализм
8. Отсутствие собственной мотивации лечения и жесткая позиция родственников.

**III. Мишени, затрагивающие индивидуально-психологические особенности пациента.** Структура (психодинамический диагноз). Объектные отношения. Фиксация на ранних стадиях развития. Психо- и ноодинамика. Коммуникация. Внутри- и межличностные конфликты. Конфликтные внешние жизненные обстоятельства. Конфликт между морально-нравственными установками и влечениями. Конфликты, сохраняющиеся в течение длительного времени, например зависимости либо автономии, конфликты, связанные с самооценкой. Управление собой. Управление эмоциями. Отсутствие осознания конфликта и чувств. Способ переработки конфликтов. Восприятие самого себя. Соппротивление лечению. Симптоматические проявления и желание редукции симптома. Прошлые, настоящие или предстоящие утраты. Дефекты характера (перфекционизм, своеволие). Созависимые отношения. Ненависть к объекту. Страх потери объекта. Вина перед значимым объектом. Ценностно-смысловой конфликт.

Один из методических приемов работы с объектными отношениями — выделение центральной, ядерной конфликтной темы отношений. Данный вариант краткосрочной фокальной психодинамически ориентированной психотерапии разработан американским психологом Люборски. Темы ядерных конфликтных отношений выводятся из рассказа (нарратива) пациента. В каждом эпизоде отношений психотерапевтом выделяется основной мотив (стремление, желание, потребность), движущий больным в общении, реакция окружающих на этот мотив и ответная реакция пациента. В качестве реакций учитываются сопутствующие эмоциональные переживания. Таким образом, ядерная конфликтная тема отношений служит своего рода и фундаментом психодинамически-ориентированной индивидуальной психотерапии и катализатором психотерапевтического процесса, что немаловажно в рамках краткосрочной программы реабилитации. Для понимания ядерного конфликта необходима следующая информация:

а) обсуждаются желания, потребности, намерения пациента,

то есть то, что он предполагал достичь в интеракции с окружающими людьми в представленной им ситуации нарратива.

У наркозависимых часто выявляются следующие потребности, желания, намерения:

- доверять другим (не быть обманутым);
- быть принятым (быть не осуждаемым, одобряемым);
- принимать помощь (быть защищенным, поддерживаемым);
- быть понятым (быть правильно воспринятым);
- быть открытым (выражать самого себя, общаться);
- не быть обиженным (избегать боли, раздражения, отвержения);
- разрядить внутреннее напряжение

Таким образом, определяется ядерный конфликт, который основан на одной из фрустрированных потребностей. Следует подчеркнуть, что некоторыми пациентами в течение всего периода может прорабатываться одна тема, например, «дефект характера – уникальность». Количество индивидуальных сессий колеблется от 10 до 15 за период пребывания в стационарной реабилитации.

### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №1**

В качестве иллюстрации приведем пример домашнего задания на тему «Перфекционизм» пациента А. «Мой перфекционизм начался еще в детстве и понятия «хорошо» у меня нет до сих пор. В детстве меня наказывали за «3» и «2» так, что у меня особого выбора не было. Поэтому приходилось учиться только на «4» и «5». И только в пятом классе, когда у меня появился брат, на мою успеваемость родители, так сказать, «забили». Этот перфекционизм так же проявлялся у меня в спорте. Когда я занимался хорошо, но не смог сдать экзамен на 10 дан, родители меня тоже наказывали. На соревнованиях, на которых



я не добивался успеха, меня стыдили и высмеивали. Так же формировалось отношение к игрушкам и вещам. «Лучше одна вещь, но хорошая», – говорила мне постоянно мама. На сегодняшний день у меня в голове несколько установок.

1. Лучше иметь одну или несколько вещей, но «брендовых» и дорогих.

2. Лучше вообще не заниматься спортом, если в дальнейшем не будет достижений.

3. Хочется всего и сразу.

Мой перфекционизм также проявился в срыве. Когда у меня был ущерб моим материальным ценностям и потеря работы, то я себе говорил: «Нахрена» мне такая трезвость нужна, от нее только минусы».

Если смотреть и отслеживать мое поведение, то перфекционизм проявляется практически во всех моих поступках, так, например, на сдаче домашнего задания вчера. Я сдавал тему «мои обиды» и ожидал, что психолог оценит мою работу и даст мне положительную обратную связь или предложит мне что-то доработать. Но в ответ я получил только то, что я написал не то домашнее задание и вообще неправильно понял тему, в результате я почувствовал, что не оправдал ожидания психолога и группы. Это домашнее задание меня «выстегнуло». Следующее задание реабилитанта я вообще пропустил мимо ушей. Я постоянно прокручивал в голове, что же за тема была и почему я такой неудачник.

#### **IV. Мишени, характерные для психотерапевтического процесса.**

В группу психотерапевтических мишеней, специфичных для психотерапевтического процесса включаются феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого рода могут быть феномены, отражающие особенности участия пациента (избегание,

пассивность), психотерапевта (созависимость, степень директивности, степень активности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии.

#### **V. Мишени, характерные для психотерапевтического метода.**

Выделение этих мишеней позволяют оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией, уровнем организации личности, темпом реабилитации.

Важным моментом является создание терапевтических отношений врач-пациент, психолог-пациент, пациент – реабилитационная команда. Также важно создание условий для проведения психотерапии и соответствия темпа реабилитационного процесса возможностям пациента. Следует обратить внимание на следующие моменты.

#### **Со стороны пациента:**

мотивация, степень тяжести расстройства,  
способность к интроспекции\самонаблюдению;  
способность к рефлексии (способность  
к критической самооценке);  
фрустрационная толерантность, готовность  
к конфликту, терпение;  
коммуникабельность

#### **Со стороны врача-психотерапевта (психолога):**

эмпатия, эмоциональная теплота;  
подлинность (аутентичность), способность  
к дистанцированию и эмоциональной  
нейтральности;  
профессиональная компетентность

Оценка эффективности любых психотерапевтических меро-

приятий, проводимых с аддиктами, должна осуществляться уже при постановке диагноза и определении личных целей пациента. Эффективность отражает следующие параметры: динамику симптомов, разрешение внутри- и межличностного конфликта, динамику самооценки, осознание психической зависимости, выработку границ безопасности, жизненные планы. Например, психологический механизм не осознается, пациент оставляет за собой право употреблять «легкие» наркотики — относится к отрицательной динамике; тогда как активное осознание своего заболевания, конкретные планы по изменению ситуации, своевременное выполнение программных моментов — суть положительной динамики.

Во время приемного интервью думать о сомнительном прогнозе или возможном рецидиве можно в том случае, когда у пациента имеются нарушения во всех «фракталах био-психо-социо-духовной» модели. Игнорирование членами семьи программы для родственников — также неблагоприятный прогностический признак. Однако опыт использования синергетической модели и постановки психотерапевтического диагноза показывает, что пациент даже с низким реабилитационным потенциалом, попадая в точку бифуркации (реабилитация) имеет шанс выйти в длительную ремиссию. Такая фокусировка в сочетании с четким структурированием «мишеней» позволяет индивидуализировать реабилитационный процесс и проводить сессии с пациентами психологам с различным опытом работы.

## **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №2**

Рассмотрим последовательно индивидуацию реабилитационной программы на примере пациента Марата, 28 лет, страдающего игровой зависимостью. Перечислим клинические мишени с учетом последовательности их анализа в реабилитации.

Марат, врач, десять лет страдает игровой зависимостью, периодически алкоголизуется. Не любит свою специальность.

Обнаруживает «отчуждение аддиктивной болезни».

**Клинические (нозологические) «мишени».** В данном случае мы имеем сочетание игровой и алкогольной зависимостей.

**«Мишени», специфичные клинической ситуации** (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение). Специфика клинической ситуации Марата состоит в игнорировании родственниками (одновременно мотивирующими своих детей на лечение) необходимости участия в семейной терапии, в доминантном отце, от которого зависит пациент. Данная ситуация повышает риск рецидива при возвращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему.

**«Мишени», затрагивающие индивидуальные психологические особенности пациента.**

Ось 1. Восприятие заболевания. Степень повреждения. Вторичная выгода. Мотивация к лечению. Вторичная выгода – согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной ситуации или решения. Аддикция помогает Марату сохранять свое самоуважение и не брать ответственность за свою жизнь и выборы. Ось 2. Отношения. Конфликтные, дисфункциональные. Длительный конфликт с отцом. Развод с женой из-за зависимости у Марата. Ось 3. Конфликт идентичности и образа Я. У нашего пациента обнаруживался конфликт самооценности против ценности объекта (стыд, гнев, идеализация и обесценивание). Ось 4. Структура. Пациент имеют средний структурный уровень и низкий реабилитационный потенциал.

Клинико-биографический метод, включенное наблюдение в психотерапевтических группах, на сдаче домашних заданий, индивидуальной работе с пациентом выявляет сопутствующее расстройство личности. **О расстройствах же личности мы говорим в тех случаях, когда данное лицо постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо**

**адаптированным, стереотипным способом.** У Марата признаки нарциссического расстройства.

К сожалению, критерии описания последнего расстройства в МКБ-10 не приводятся, и мы пользуемся характеристиками DSM-5. Согласно DSM-5, **для диагностики нарциссического личностного расстройства необходимо наличие следующих критериев:** Значительные нарушения функционирования личности проявляются в: 1. Нарушения в функционировании Я (а или b): а. Идентичность: выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки. b. Направленность Я: постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного. 2. Нарушения в межличностном функционировании (а или b): а. Эмпатия: нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; пере- или недооценка собственного влияния на других. b. Интимность: Отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды. 3. Патологические личностные черты в следующих сферах: 4. Антагонизм: а. Грандиозность: потребность в признании, открытая или скрытая; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим. b. Поиск внимания: настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск своего пути выздоровления.

**Индивидуально значимые, психотравмирующие переживания, в условиях актуальной жизни.**

Данная мишень психотерапии предполагает влияние на психотерапевтический процесс разных жизненных обстоятельств

(потеря работы, развод, рождение ребенка и т.д.), которые накладывают отпечаток на течение психотерапии. Способ реагирования на эти ситуации тоже может быть осознаваемой целью воздействия специалиста в процессе психотерапии. Марат тяжело переносит, что жена подала на развод. Не полностью осознает свою ответственность за данную кризисную ситуацию. Проблема самооценки (крайне неустойчивая и поляризованная самооценка) для пациента с сопутствующим расстройством личности служит предметом обсуждения на индивидуальных сессиях. Нарушения самооценки обуславливают эмоциональную неустойчивость, недостаточность волевых качеств, незрелость ценностей как проявление общей незрелости личности, а также «искаженную» систему представлений о себе (например, фрагментарность и неустойчивость внутренней картины собственной личности). Низкая способность к рефлексии (самопознанию) является следствием личностной незрелости и эмоционально-волевой недостаточности. Это может сочетаться со слабо корригируемыми установками и долженствованиями о собственной роли, особенностях отношений и т. д. Всё это создает ощущение отсутствия базового чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое и является причиной поиска источника, способного, хоть и временно, заменить это болезненное переживание.

Это достигается также путем выполнения аналитических заданий. Список домашних заданий для Марата.

1. 10 причин, благодаря которым ты снова обратился к лечению.
2. Моя семья.
3. 20 примеров, когда ты проявлял нечестность.
4. Био-психо-социо-духовные потери.
5. 15 примеров того, как именно своеволие привело к зависимости
6. 10 примеров как ты манипулировал другими людьми.
7. 20 примеров потери уважения к себе
8. 20 примеров того, как гордыня проявлялась у тебя в болезни.

9. Вспомни и опиши подробно те ситуации, в которых тебе необходимо было проявить смирение в процессе твоей болезни.

10. Мое самосознание.

11. Дефекты характера и способы борьбы с ними

12. 10 причин, по которым ты конфликтуешь и 10 способов с ними справиться

13. 10 причин, которые могут тебя спровоцировать на употребление алкоголя или игру.

14. 10 ресурсов, на которые будешь опираться в выздоровлении.

15. Антикризисный план после выписки.

16. Итоговая работа.

**«Мишени», характерные для психотерапевтического процесса.** У Марата низкая мотивация к лечению, она обусловлена анозогнозией, интернальным локусом контроля и низким уровнем рефлексии. В начале лечения он сравнивал свою зависимость с другими пациентами, как более легкую, несмотря на «обратную связь» от других пациентов, что у него больше проблем в семье и с законом, чем у них. Отношения между психотерапевтом и пациентом. Эти отношения имеют специфику либо формирования «созависимых» отношений, либо легкостью прерывания контакта. Работа с Маратом характеризовалась сопротивлением лечению, игнорированием правил отделения, отсрочкой выполнения домашних заданий. Сопротивление — общепризнанный клинический феномен, сопутствующий в той или иной степени проведению любого вида психотерапии. У нашего пациента плохая переносимость фрустрации в психотерапевтическом контексте обусловлена общей неспособностью совладания с эмоционально напряженными ситуациями.

**Мишени, характерные для психотерапевтического метода.**

Психологический анализ иррациональных убеждений показывал, что у Марата преобладают иррациональные установки «Катастрофизация» и «Долженствование в отношении себя».

**Недостаточно симптоматического описания для постановки определенного диагноза: необходим сложный анализ структуры**

### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №3**

В некоторых случаях полезно пользоваться патобиограммой (табл.3), в которой симптомы и особенности личности разнесены во времени и по годам. В данной таблице отражены симптомы и диагнозы Валентины М., 19 лет, которая лечилась в разных клиниках с разными диагнозами, включая психосоматические расстройства. В наркологической клинике был верифицирован диагноз пограничного расстройства личности, которое сопровождается полисимптоматическим неврозом и сменой симптомов во времени.

Основа клинической диагностики – это развертка явлений во времени, и только комплекс методических приёмов позволяет это сделать.

Клиническая диагностика, таким образом, строится на обобщении различных исходных данных интенсивного обследования единичного случая, а сама диагностика исходит из принципа качественного анализа особенностей психического явления в противоположность задаче лишь количественного измерения.



Синдромы годы	8-11 лет	12-13 лет	14-15 лет	16-17 лет	18-19 лет	19 лет (ноябрь)	19 лет (февраль) 2015 реабилитация
Нарушение функциони рования Я	Требов ательн ость к окруже нию		Амби вален тность	Одиноче ство	плохая интеграция Я-другие		
Патологиче ские личностны е черты	Страхи		Сильное влечение к мужчинам	Депрессив ные состояния	Сепарационная тревога		Выраженная эмоциональная лабильность
Наруш. в межличч. функциони ровании		Нестабильные отношения			Отчисление		Слабая стрессоустой чивость
Импульсив ность		Алко голь	Гашиш	Смена партнеров , галлюцин огены	Авария после употребления ПАВ, психостимуляторы	Гашиш	Реакции, не соответствующие ситуации
Антагониз м				Конфликт с родите лями	Истерические припадки	Амбивале нтность	
Другие симптомы	Ком в горле		Анорекси я		Булимия	Псевдологи и	Психосоматически е симптомы
Госпитализ ация					НИИПНИ	НИИПНИ	Реабилитация
Диагноз					Недиф. шизофрения	Шизотипи ческое рас стройство личности	Пограничное расстройство личности

**Таблица.3 Патобиограмма пациентки Валентины М.,19 лет**

О методике патобиограммы можно почитать в книге Арндта П. Психосоматика и психотерапия: справочник/пер. с нем. — М.:МЕДпресс-информ,2014

Эффективность работы клинического диагноста определяется его способностью выдвигать гипотезы, предположения и намечать возможные методы их проверки.

На рис 4. показано, сколько различных диагнозов может

быть установлено у одного пациента, страдающего сопутствующим пограничным расстройством личности.



**Рисунок 4. Варианты диагнозов у пациента с ПРЛ**

#### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №4**

**Анна Б., 30 лет. Из анамнеза.** Наследственность: известно, что бабушка по линии отца окончила свои дни в ПНИ с диагнозом старческое слабоумие. Пациентка родилась в г. Ленинграде единственным ребенком в семье. Роды были затяжными около 13 часов. После рождения была поставлена на учет к неврологу, долго не зарастал родничок, энурез до 15 лет. В 2 года обнаружили ухудшение зрения практически до слепоты, но после долгого лечения зрение удалось восстановить до нормальных показателей. Часто болела простудными заболеваниями, перенесла две тяжелых ангины. Росла нервным и капризным ребенком, ДДУ не посещала, так как родители спортсмены и постоянно брали ее с собой на сборы. В школу пошла с 7 лет, школа была с углубленным изучением англий-

ского языка и информатики. Успеваемость и поведение было хорошим до 8 класса, затем начались проблемы, а именно: употребление алкоголя, хамство по отношению к учителям, срывы уроков физики и химии; активно искала мужского внимания, была неоднократно подвергнута дисциплинарным взысканиям, после которых поведение немного упорядочилось. 11 классов окончила преимущественно с тройками. После школы поступила в СПбГУ, но на первой же сессии не справилась с нагрузкой и перевелась в институт иностранных языков на платное отделение, который окончила в 2007 году. За период обучения в ВУЗе мать пациентки отмечает проблемы с алкоголем, неконтролируемое желание шопинга, неразборчивость связей с мужчинами. По этому поводу мама начала обращаться к психологам, но без видимых результатов. На 3-ем курсе устроилась на работу в гостиницу, где проработала около 3 месяцев. За это время познакомилась с солистом музыкальной модной группы. Затем устроилась официанткой в кафе, где познакомилась с будущим мужем. С начала мая 2006 года матери пациентки отмечались странности в поведении, а именно: нарушился сон (спала по 2–3 часа), появилось очень много сил и энергии, с легкостью сдавала зачеты; забывала поесть, знакомилась с разными людьми на улице и звонила матери с их телефонов, хотела сожительствовать с молодым курсантом, посещала разные бары и рестораны, скандалила с персоналом этих заведений. В один из таких эпизодов в ресторане гостиницы матери удалось ее там задержать и отвезти домой. По дороге домой в машине пациентка сообщала, что является женой солиста группы N, что у нее от него маленький ребенок. В таком состоянии пациентка была доставлена в ПНД, а оттуда госпитализирована в ПБ №3. Пролечившись около месяца, была выписана и поставлена на учет в ПНД, получала терапию в виде Седалита и клопиксола-депо. Состояние улучшилось, удалось сдать сессию без долгов. С сентября 2006 года отмечается ухудшение состояния: снизилось настроение, пропал аппетит (похудела на 7 кг), вставать по утрам не хотелось, долго оста-

валась в кровати, трудно было выразить свои мысли, появилась беспричинная тревога. Предъявляла жалобы на «боли во внутренних органах». Терапию, назначенную при выписке, принимала нерегулярно, сочетала с приемом алкоголя. Нужно отметить, что в этот период очень много времени с пациенткой проводил ее будущий муж, поддерживал её, состояние пациентки улучшилось к декабрю 2006 года, и ей удалось сдать зимнюю сессию. В марте 2007 года устроилась на работу продавцом-консультантом в магазин обуви, проработала там до августа 2007 года. Каждый вечер после работы завершался алкоголизацией. Приходила домой, едва удерживаясь на ногах. Получив диплом, устроилась секретарем-переводчиком, где проработала до сентября 2008 года. Как отмечает сама пациентка, эта была самая лучшая работа, так как начальником был иностранец, выполнявший роль собутыльника. Была вынуждена уйти с работы из-за конфликта с коллегой. В том же месяце вышла замуж и переехала к мужу, где проживали совместно с сестрой мужа, с которой отношения не сложились. Не работала до апреля 2009 года, пока по протекции отца не устроилась секретарем в салон элитной мебели. Практически сразу же завела роман с женатым коллегой по работе, который продлился около 2-х лет.

С 29 декабря 2010 года отмечала подъем настроения, нарушения сна (спала по 2–3 часа), ходила по клубам, много пила алкоголь, танцевала стриптиз. На полученную премию покупала цветы, мягкие игрушки и раздаривала их на улице женщинам, «хотела дарить добро». Познакомилась с водителем маршрутного такси, влюбилась в него и хотела выйти за него замуж. Это состояние продлилось до 5 января 2011 года, когда пациентка сама себе вызвала бригаду скорой психиатрической помощи, и была госпитализирована в ПБ №3. Лечилась там около месяца. После выписки регулярно лекарства не принимала, не работала, развелась с мужем. По поводу развода не переживала, более того, отпраздновала это событие в ресторане вместе с бывшим мужем. Находилась на иждивении

у родителей до июля 2012 года, в то же время завела любовные отношения с мужчиной и уехала с ним в Москву. Устроилась на работу оператором в магазин электроники и работала до мая 2013 года. Нужно отметить, что в это время произошел дебют употребления каннабиноидов. Также отмечает однократное употребление спайсов, которое перенесла очень тяжело и после этого больше не курила. 4 мая 2013 года в состоянии алкогольного опьянения пациентку избили, и она попала в больницу, а 10 мая мать забрала ее из Москвы. Сразу же по приезду в Петербург, пациентка была госпитализирована в НИИ им. В.М.Бехтерева в отделение неврологии, где была обследована и выписана 31 мая 2013 года. В июне 2013 года мать отправила пациентку в реабилитационный центр в Краснодарский край, где она пробыла месяц, активно нарушала режим, и в июле её перевели в другой реабилитационный центр, где она находилась до сентября 2013. Стоит отметить, что за это время пациентка 6 раз сбежала из Центра. Вернувшись в сентябре 2013 года в Петербург, у неё появилась навязчивая мысль о том, что мать обязательно её отправит в другую реабилитацию. Начала обзванивать всех знакомых, добываясь от них информации об отправке. В таком состоянии была госпитализирована в НИИ им. Бехтерева, где находилась 21 день. После выписки и до марта 2014 года состояние было нормальным. В то время отец взял её с собой на сборы за границу. Там почувствовала подъем настроения, сопровождающийся повышенной активностью, сниженной потребностью во сне, сексуальной расторможенностью. Отцом было принято решение отправить пациентку в петербург, где она была сразу же госпитализирована в ПБ №3. После выписки, в мае 2014 года, познакомилась с молодым человеком, с которым завязались отношения, посетила с ним антинаркотический лагерь, откуда они оба были выгнаны за нарушения режима, употребив совместно гашиш. В это время появилась агрессивность по отношению к матери, сопровождавшаяся повышенной активностью, нарушился сон, снизился аппетит, и пациентка снова была гос-

питализирована в ПБ №3, где получала лечение до августа 2014 года. После выписки, стала сожительствовать с молодым человеком, совместно употребляя гашиш и алкоголь.

**Обстоятельства поступления в МЦ «Бехтерев»:** 25 января 2015 года после похода к психотерапевту зашла в магазин, но так как не было денег, взяла бутылку пива и выпила её прямо в магазине, затем пошла в другой магазин и проделала то же действие. Когда пришла домой, родители почувствовали запах алкоголя и попросили собрать вещи для больницы. Перед выходом съела 7 таблеток феназепам, чтобы не было страшно. **При поступлении:** Сознание не помрачено. Обманы восприятия отрицает. Мышление последовательное, высказывания конкретные, примитивные. Настроение снижено, без депрессии, определяется ангедонией на фоне лишения ПАВ. Настаивает на приеме антидепрессантов, жалуется на скуку. В беседе раздражительна, отмечает патологическое влечение к алкоголю. Память снижена на текущие и недавние события. Критики к заболеванию нет. Внимание неустойчивое. Агрессивных и аутоагрессивных, суицидальных тенденций нет. Сон поверхностный, короткий, отмечает трудности при засыпании. Аппетит в норме.

С 27.01.15. получает терапию в виде: Конвулекс 900 мг\сут, Сероквель 100мг\сут.

Включенное наблюдение в процессе групповой психотерапии показало следующее: пациентка постоянно требовала к себе внимания, конфликтовала с другими участниками группы, пыталась поссорить реабилитационную команду друг с другом, проявляла слабую критику к своим действиям. Была представлена на клинический разбор.

**ДИАГНОЗ: Основной:** Биполярное аффективное расстройство, интермиссия. F31.7. Зависимость от алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание в условиях исключаящих употребление. F 10.212. **Сопутствующий:** Расстройство личности, пограничный тип. F60.31. **Осложнение основного:** Ридуально-органическое поражение головного мозга.

**Вывод.** Аддикт будет склонен к компульсивному, обсессив-

ному и аддиктивному поведению, постоянно заменяя один симптом другим или одну аддикцию другой (секс, игра и т.д), пока уязвимые места в структуре Я не будут исправлены и восстановлены. Если изначально человека приводит к лечению употребление психоактивных веществ, то лечение характера приводит не только к тому, что человек прекратит аддикцию, но и к глубоким переменам себя и мира.

Катамнез. Пациентка вышла в устойчивую ремиссию только после того как её мать прошла годичную личную терапию.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ**

- ошибки в диагностике сопутствующей психотической симптоматики;
- ограничение свободы выбора пациента в принятии решений (мотивы персонала; начать реабилитацию с пациентом превышали мотивы последнего);
- нечеткое формулирование запроса со стороны пациента;
- отсутствие разделения ответственности между командой специалистов и пациентом за поставленные задачи;
- неправильная интерпретация пациентом информации о целях и характере реабилитации;
- специалистами не учтена готовность семьи и пациента к изменениям; возвращение семьи к прежним стереотипам в области воспитания;
- не учтена «вторичная выгода» симптома во время реабилитации;
- несоответствие реабилитации ресурсам пациента (темпу, клинической картине);
- низкая мотивация на изменения (эго-синтонная направленность расстройства).

Тактические ошибки вытекают преимущественно из отсутствия у психотерапевта и клинического психолога четкой концептуальной базы психосоциогенеза данного расстройства у пациента, из неумения планировать работу и прогнозировать ее результаты. В таком случае команда специалистов концентрирует внимание преимущественно на выполнении различных аналитических заданий, упуская из виду чувства, мысли и цели самого пациента. Такая реабилитация не соответствует ресурсам пациента и повышает риск рецидива после ее окончания.

С системной точки зрения изменение является не единственным решением предъявляемой проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос реабилитации заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Дискуссия переносится с обсуждения того, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья, и какую цену придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение.



## **ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Пациент поступает на наркологическое отделение стационара, в большинстве случаев имея установку на купирование абстинентного синдрома. Курс дезинтоксикации по «классической схеме» рассчитан на 7–14 дней стационарного лечения (в зависимости от выраженности синдрома отмены, физического состояния пациента, вида и «суточной дозы» наркотика), практикуется также быстрая опиатная дезинтоксикация (БОД) с последующим пребыванием пациента на отделении в течение 4–5 дней. При поступлении пациента в стационар лечащий врач и психолог проводят мотивационную беседу с членами его семьи, рассказывая о программе психотерапевтического сопровождения, и приглашают на первичную консультацию.

На 2–4 день нахождения пациента в стационаре психолог наркологического отделения проводит первичную мотивационную беседу, а так же приглашает пациента посетить групповые занятия.

Групповые занятия с наркозависимыми, проходящими курс дезинтоксикации, проходят ежедневно 1 раз в день и включают в себя психообразовательные лекции с последующим обсуждением. Индивидуальные тематические, мотивационные беседы также проводятся ежедневно (1–2 раза в день и чаще по запросу пациента).

**Целью проводимых индивидуальных и групповых занятий** является преодоление отчуждения аддиктивной болезни и формирование у пациентов установки на преодоление психологической зависимости. Эта цель достигается путем решения следую-

щих задач:

- информирование пациентов о законах формирования и развития психологической зависимости от ПАВ;
- установление доверительного контакта между психологом и пациентом;
- выявление и коррекция иррациональных установок, препятствующих формированию мотивации на длительное лечение.

**Отбор и подготовка пациентов к переводу на отделение начального этапа реабилитации (предреабилитацию).**

Практикующие в области наркологии специалисты знают о том, как бывает сложно убедить пройти курс детоксикации в больнице. Но гораздо сложнее оставить его после окончания медицинского лечения для прохождения курса психологической реабилитации. Даже краткосрочного! Поэтому мотивационная работа на отделении является приоритетной для специалистов реабилитационной программы.

Диагностико-мотивационный этап медико-психологической реабилитации наркозависимых начинается примерно на 5–6 день лечения, когда сознание пациента начинает постепенно проясняться. В это время наркозависимый еще находится под воздействием препаратов и немного заторможен, но, тем не менее, уже может формулировать свои мысли и воспринимать получаемую от специалистов информацию.

**Цели специалистов** на диагностико-мотивационном этапе:

формирование мотивации на исследование своей болезни;

формирование установки на соблюдение рекомендаций специалистов.

Специалисты стремятся к реализации следующих задач:

клинико-психологическая диагностика;

адаптация к распорядку дня, расписанию занятий, правилам отделения и работы в группе;

обучение навыкам, необходимым в процессе реабилитации (формулирование чувств, умение их выражать, анализ собственного состояния, поведения, возникающих ситуаций).

Мотивационный этап в медико-психологической реабилитации наркозависимых включает в себя работу нескольких специалистов: врача (который участвует на подготовительном этапе к реабилитации), психолога, социального работника-консультанта (консультант по химической зависимости). Помимо специалистов на этом этапе к работе также подключаются волонтеры или стажеры и пациенты продвинутых этапов.

Первым начинает работу с наркозависимым врач.

**Цель врача** – заинтересовать пациента в прохождении медико-психологической реабилитации.

Так как пациент на данном этапе сильно зависит от своего физического и эмоционального состояния, врач описывает пациенту основные симптомы психической зависимости: беспричинные перепады настроения (без объективных внешних условий); нарушения сна; вспышки раздражения, агрессии; приступы одиночества, тоски, депрессии; постоянно возникающая тяга к наркотикам, которая не контролируется пациентом и сопровождается учащением дыхания, сердцебиением, другими вегетативными проявлениями, а также трудностями концентрации внимания на какой-либо деятельности.

Обращение врача к пациенту звучит примерно так: «Мы привели в порядок твой организм, но осталась психическая зависи-

мость, которая проявляется в тяге к наркотикам. Она выражается в особых симптомах и не снимается медицинскими препаратами. Поэтому для продуктивного лечения зависимости тебе необходимо научиться эффективным способам управления своими эмоциями. Научись управлять эмоциями – сможешь справиться с тягой. Научись справляться с тягой, значит, сможешь контролировать свои действия. А тот, кто контролирует свои действия, контролирует свою жизнь!».

В процессе которой, врач разъясняет необходимость реабилитации, как обязательного этапа лечения зависимости от ПАВ, а также приглашает посетить групповые и индивидуальные занятия для созависимых.

В случае, если пациент и ее родственники дают свое согласие на продолжение работы с психологической зависимостью, то после ознакомления с правилами и режимом отделения, он переводится на отделение начального этапа реабилитации.

После мотивационной беседы врач направляет пациента к психологу. Психолог в первой беседе с пациентом, делает акцент на негативных последствиях употребления наркотиков: вред здоровью (сопутствующие заболевания, такие как ВИЧ, гепатиты), травмы; различные проблемы в отношениях: с родными, близкими, коллегами; материальные потери (деньги на наркотики, продажа и заклад ценных вещей).

Совместно с пациентом психолог анализирует все его предыдущие попытки бросить наркотики. Таким образом, специалист подводит пациента к выводу, что собственными усилиями справиться с зависимостью невозможно, поэтому для достижения успеха необходимо обращаться за помощью. Кстати, первый шаг «Анонимных наркоманов» тоже начинается с принятия собственного бессилия перед наркотиками. Это позволяет больному прекратить тщетные самостоятельные попытки «завязать» и обратиться к опыту других выздоравливающих.

Цели психолога на диагностико-мотивационном этапе:

клинико-психологическая диагностика пациента;  
стимулирование пациента к обращению  
за помощью

В обязанности психолога входит проведение клинико-психологической диагностики, семейных консультаций, направленных на разрешение конфликтных ситуаций и подготовку родственников к принятию пациента после окончания курса лечения, групповых тренингов (развития коммуникативных навыков, повышения уверенности в себе, личностного роста), индивидуальной психокоррекции, направленной на разрешение внутри- и межличностных конфликтов.

Если пациента поставить перед выбором между мнением специалиста и выздоравливающего наркомана, то вероятность того, что он склонится в сторону последнего, достаточно высока, так как дистанция между ними гораздо меньше. Поэтому, для повышения эффективности работы необходимо привлекать к мотивационной работе **реабилитантов** (находящихся на продвинутых этапах реабилитации) и **волонтеров** (окончивших курс реабилитации, имеющих трезвость более полугода (**ошибкой многих реабилитационных центров является назначение бывшего пациента волонтером недавно завершившим лечение в реабилитационном центре**) и занимающихся «служением», помогая в деятельности основным специалистам программы – психологам и социальным работникам-консультантам). При этом реабилитанты и волонтеры повышают уверенность в себе, формируют лидерские качества, отрабатывают навыки ассертивности и начинают глубже понимать принципы реабилитации. Ведь когда «объясняешь другому – лучше понимаешь и сам!»! Некоторые волонтеры в процессе своего «служения» определяют в выборе профессии и стремятся в дальнейшем получить профильное образование. В нашей команде несколько человек – это бывшие выпускники реабилитации.

# **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ НА ЭТАПЕ РАННЕГО ПОСТАБСТИНЕНТНОГО ПЕРИОДА**

## **ОТДЕЛЕНИЕ НАЧАЛЬНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ (ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ)**

На отделения Начального этапа реабилитации (ПРБ) пациент поступает на 4–6 день пребывания в стационаре, и в дальнейшем он полностью изолирован от общения с пациентами острого наркологического отделения. На отделение ПРБ параллельно с продолжением курса дезинтоксикации пациент посещает групповые и индивидуальные занятия с психологом, выполняет задания в рамках программы Начального этапа реабилитации.

### **Цель отделения:**

Формирование и укрепления внешней и внутренней мотивации на продолжение лечения и трезвость.

Отбор пациентов для перевода на отделение Основного этапа реабилитации.

### **Задачи отделения:**

проведение групповой работы с пациентами в формате информационных лекций и тренингов.  
психокоррекция, психодиагностика пациентов отделения  
индивидуальная работа с родственниками пациентов отделения. Консультирование родственников по вопросам зависимости и созависимости и дальнейшего психотерапевтического лечения  
проведение совместных консилиумов с родственниками, врачами отделения реабилитации, лечащим врачом и пациентом для определения психологической и физической готовности пациента к прохождению основного этапа реабилитации  
поддержание наркологического режима отделения и формирование терапевтической среды  
контроль над соблюдением правил отделения.

Предположительная длительность пребывания пациента на отделении Начального Этапа реабилитации от 4 до 14 дней. После чего лечащий врач совместно с психологом предреабилитации и при участии врачей реабилитационного отделения принимают решение о переводе пациента с отделения ПРБ на отделение реабилитации, руководствуясь такими критериями как:

- полное прохождение пациентом программы ПРБ, соблюдение режима и правил отделения не менее 4 дней;
- полученного предварительного согласия пациента и его родственников на прохождение курса реабилитации, их информированность о сроках лечения;
- оценка общесоматического состояния пациента (в том числе наличие выраженных явлений синдрома отмены, требующих назначения сильно действующих препаратов);
- приоритетом ускоренного перевода на отделение реабилитации пользуются те пациенты, родственники которых участвуют в семейной групповой психотерапии;
- ответственность за готовность пациента и его семьи участвовать в программе реабилитации несет старший психолог ПРБ и заведующий отделением реабилитации после консилиума с участием родственников пациентов.

Начальный этап реабилитации считается успешно пройденным когда:

Выполнены все письменные задания программы Начального этапа реабилитации (в Приложении 3 приведена примерная программа работы психолога или консультанта на этом этапе). При переводе пациент подписывает дополнительное добровольное информированное согласие и бланк с правилами поведения (См. Приложение 4, 5).



## **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В ПОЗДНЕМ ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ И НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ (ОТДЕЛЕНИЕ ОСНОВНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ – СТАЦИОНАР)**

На отделении основного этапа реабилитации пациент поступает только после прохождения полного курса программы Начального этапа реабилитации, ознакомившись с правилами и сроками лечения. На отделении Основного этапа реабилитации пациента курирует врач психиатр-психотерапевт, также за пациентом закрепляется индивидуальный психолог.

Минимальный предположительный срок стационарного лечения на отделении Основного этапа реабилитации от 45 до 90 суток. В течение первых двух недель пребывания пациент находится в условиях «карантина», предполагающих отсутствие посещений родственников и прогулок.

Пациент, переходя на реабилитацию, получает новую тетрадь «Анонс для новичка» (Приложение 6). Пациент включен в индивидуальную психотерапевтическую работу с психологом. В реабилитации последовательно решаются вопросы лечения зависимостей на биологическом, психологическом, социальном и духовном уровнях.

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАВИСИМОСТИ

Большинство пациентов имеют инфекционные и иные заболевания, прямо или косвенно являющихся следствием применения ПАВ. Поэтому повышение уровня знаний зависимых в отношении ВИЧ, вирусных гепатитов, ЗППП и пр., формирование установки на выполнение рекомендаций и назначений лечащего врача, осознание и принятие процесса физического оздоровления как неотъемлемой части лечения наркомании (алкоголизма) являются важными задачами реабилитации.

Помимо серьезного отношения к лечению приобретенных заболеваний, задача пациента – в преимуществе постоянного **контроля над своим здоровьем**. Это связано с тем, что некоторые нарушения в организме, связанные с неправильным образом жизни зависимого, проявляются позднее в период отказа от ПАВ: зубные и головные боли, нарушения органов пищеварительной, кровеносной, выделительной систем и пр. Поэтому реабилитантам необходимо обращать внимание на симптомы и своевременно проходить осмотр, диагностику, сдавать анализы.

Другим направлением в профилактике заболеваний наркозависимых служит формирование и закрепление **правильного пищевого поведения**. Период наркотизации обычно характеризуется отсутствием регулярного питания. В то же время с началом реабилитации пациенты начинают питаться по режиму.

Следующей задачей профилактики заболеваний является **тренировка тела**. В распорядке дня пациентов обязательно присутствует физзарядка. Существенным преимуществом реабилитационной программы является наличие таких занятий, как лечебная физкультура (ЛФК), йога или гимнастика, включающие упражнения на дыхание, растяжку и другие методы.

Зависимый, отказываясь от ПАВ, лишается привычного способа эмоциональной разрядки. Поэтому перспективным направлением профилактики психосоматических и психических заболеваний является обучение **использовать свое тело в качестве «системы раннего оповещения»**.

Удовлетворительный результат усиления этого ресурса отражается через восприятие пациентом своего тела как важной части Я, нуждающейся в заботе, внимании и развитии.

Задача — научиться относиться к своему телу как к живой системе, нуждающейся в заботе и развитии. Соответственно, под развитием потенциала тела подразумевается комплекс действий пациента, направленных как на лечение и профилактику соматических заболеваний, так и на улучшение физической формы

***Лозунг! Сейчас, когда наркотик больше не диктует твою эмоциональную деятельность, у твоего тела есть время привести себя в порядок. Ты можешь испытывать взрывы эмоций, часто в неподходящее время. У тебя могут быть трудности в преодолении стрессовых ситуаций.***

***Понимая, что это может случиться с тобой, тебе не следует этого бояться. Ты можешь поделиться своими эмоциональными переживаниями с психологом или на группе. Нужно помнить, что твое тело восстанавливается, и это одно из следствий возвращения в нормальное состояние.***

Медикаментозное сопровождение проходит на протяжении всего периода реабилитации и определяется индивидуально с учетом сопутствующих заболеваний, перенесенного психоза и т. д.

На утренних пятиминутках врачу надо согласовывать свои действия с психологом и внимательно анализировать полученную информацию от дежурного психолога, чтобы вовремя заметить манипуляции реабилитанта.

Следующей трудной задачей данного этапа является преодоление анозогнозии, осознание необходимости продолжения психотерапевтического лечения, принятия помощи.

Тяжело преодолимым симптомом у наркомана или алкоголика является отрицание или непризнание своего заболевания. **Аддикцию часто называют болезнью отрицания — самого примитивного и деструктивного сопротивления.**

## СОПРОТИВЛЕНИЕ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ

**Реактивное сопротивление.** Нормальной реакцией психики человека на любые усилия является сопротивление. Такое реактивное сопротивление проявляется в некотором нежелании что-то делать, небольшой лени и т. д. Выздоровление не является исключением, поэтому сопротивление выздоровлению — это нормальная реакция, показывающая только, что выздоровление действительно идет (что человек действительно что-то делает, преодолевая себя). Надо лишь держать это под контролем и не давать реактивному сопротивлению развиваться. Полное отсутствие сопротивления показывает, что человек на самом деле не занимается выздоровлением. Если не контролировать уровень своего сопротивления, оно может начать развиваться, и из нормального реактивного сопротивления может перерасти в саботирующее выздоровление. Не дать сопротивлению развиваться может сбалансированный режим работы/отдыха, планирование выздоровления, дисциплинированное выполнение плана. Развитию сопротивления могут способствовать внутренние психологические факторы (низкая самооценка, сложное психологическое состояние, неуверенность в своих силах, малый тонус и т.д.) и внешние социальные факторы (нехватка времени, саботирующая выздоровление среда, социальные стрессы, напряженная работа, сложные личные отношения и т.д.).

**Игра в выздоровление.** Если нарушается дисциплинированность в выздоровлении, то сопротивление может перейти на первую деструктивную стадию — игру в выздоровление. В этом случае человек начинает не столько серьезно заниматься выздоровлением, сколько играть в него перед собой либо перед другими. Игра в выздоровление может заключаться в излишней демонстрации своих усилий по выздоровлению, разговорчивости по поводу выздоровлению; запрашивании обратной связи для похвалы; соглашательстве с рекомендациями (без особых действий); театральности; незавершенности обещаний (присутствует «но...»: «я согласен, но только...»).

**Честность перед собой и другими и предпринимаемые реальные действия по выздоровлению** — вот что нужно применять на этой стадии развития сопротивления. Если же ничего не предпринимать, то сопротивление может развиваться дальше.

**Претенциозность (сверхуверенность в своих силах).** Чрезмерная уверенность в своих силах является закономерным следствием игры в выздоровление и отсутствия реальных действий — человек мало что реально делает, ничего плохого не происходит, значит все нормально. Претенциозность может проявляться в игнорировании рекомендации программы; в пренебрежительном отношении к ограничениям в трезвости; в надежде научиться контролировать употребление; в поучении выздоровлению других; в выборе из программы только того, что нравится; в создании атмосферы загадочности, «нагнетании тумана»; в жалости к себе; в игре в профессионального пациента («я все и так знаю»).

Знания (полученные из книг, из опыта других выздоравливающих, из собственного опыта, из обратной связи) и анализ своих действий — вот, то может нейтрализовать претенциозность.

**Игнорирование.** Если ничего не делать с претенциозностью, она может перерасти в игнорирование большинства рекомендаций и ограничений программы. Сопротивление игнорирования может проявляться в: избегании разговоров о выздоровлении; разговорах об употреблении (гонять тягу); игра в наивность (корчить ничего не понимающего «дурачка»); противостояние сотрудникам реабилитации или другим, «представляющим выздоровление» людям; открытый саботаж выздоровления (см ниже); агрессивное отношение к другим выздоравливающим или консультантам. Помогает на этой стадии сопротивления **самоанализ и мотивировка**. Следует серьезно пересмотреть свой план выздоровления, обязательно проконсультироваться с индивидуальным психологом-консультантом, провести подробный внутренний анализ, вернуться к прошлым заданиям и максимально честно перед самим собой выполнить их заново.

**Регрессия (неповиновение).** Начало этого этапа выражается

в уверенности в том, что *«полностью выздоровел»*. Потом химически зависимый человек начинает вести себя полностью как обычный человек, как будто никакой болезни и не было (единственно что, пока не употребляет). Все рекомендации и ограничения забыты. От употребления в этом случае отделяют только время и «запас трезвости», который он наработал своим прошлым выздоровлением. Проявляется это сопротивление в: полном прекращении работы по программе выздоровления; в общении с употребляющими людьми; в полном игнорировании ограничений; в избегании людей, которые могут напомнить о выздоровлении и болезни; в агрессивном отношении к программе и самой идее выздоровления. На этой стадии следует вспомнить, к чему может привести такое поведение и ***вернуться к выздоровлению, начать его как будто с нуля***. Можно составить новый план выздоровления, включающий новые виды деятельности, пересмотреть круг общения.

**Отрицание**, когда человек пытается избежать какой-либо новой информации, которая несовместима с положительным представлением о себе, которое уже сложилось. Защита проявляется в том, что происходит игнорирование тревожной информации, человек как бы уклоняется от нее. Информация, которая противоречит установкам личности, не принимается вообще.

Отрицание проявляется в самых разных формах.

**Простое отрицание** — пациент утверждает, что этой проблемы у него нет и последствия не связаны с алкоголем или наркотиками, несмотря на очевидные доказательства того, что это так. «У меня никогда не бывает похмелья (ломки)» — распространенный пример простого отрицания.

**Минимизация или «преуменьшение вреда»** — это признание проблемы, связанной с аддикцией в какой-то степени, но таким образом, что она кажется, менее серьезной или значительной, чем есть на самом деле. «Я был не так уж плох», «Я принял чуть-чуть, но я был в порядке, чтобы вести машину» или «у меня была только пара рюмок» — типичные примеры минимизации.

**Рационализация** — это предложение алиби, оправданий и объяснений, отличающих от поведения других употребляющих людей. «Я ничего не ел и не привык к такому коктейлю — поэтому не заметил

как опьянел», «Я обычно не пью за рулем, но мне надо было отвезти друга домой, нельзя же друзей бросать в беде». Вот некоторые примеры рационализации. Поведение не отрицается, но объяснение его причины «защитное».

**Интеллектуализация**—это избегание эмоционального, личностного осознания проблемы, связанной с ПАВ. В этом случае мы имеем с уровнем обобщения, интеллектуального анализа или теоретизирования. «Люди пьют вино во время еды, они что, алкоголики?» Я не справился с управлением, так как в этом месте ухабистая дорога — там всегда много несчастных случаев. Когда уже губернатор займется дорогами» — это все примеры интеллектуализации.

**Обвинения — проекция.** Пациент утверждает, что ответственность за поведение лежит на ком-то другом. «Ты бы тоже пил, если бы был женат на ней!» «Менты прятались за деревьями, чтобы отловить меня». Поведение не отрицается, но его причина находится «снаружи», а не «внутри» человека, который совершает какое-то действие.

**Отвлекающий маневр (диссоциация, переключение)** — это смена темы разговора, чтобы избежать чего-то, что кажется угрожающим. Отвечать на запросы с шуткой—Это распространенный пример отвлечения внимания, например, «Вы же не ожидали, что я могу быть в таком состоянии, да?». Отвлечение внимания похоже на интеллектуализацию. Чтобы избежать обсуждения поведения после употребления ПАВ, аддикт может направить дискуссию в сторону достоинства ПАВ для снятия стресса или на ту категорию людей, которая, по его мнению, действительно имеет проблемы с ПАВ.

**Враждебность** возникает, когда аддикт становится злым или раздражительным, когда предмет его употребления попадает под обсуждение. Классическим примером является ситуация, когда пациент утверждает, что его жена не упоминает, что он слишком много употребляет ПАВ. На самом деле, она часто упоминала об этом в течение многих лет (здесь может быть и вариант вытеснения). Каждый раз, когда она упоминала об этом в прошлом, он сердился, и они ссорились. Вот почему, она перестала упоминать об этом.

Отрицание аддиктивных пациентов не ограничивается только отрицанием их зависимости от психоактивного вещества, это также отрицание помощи от других людей, признания, что они (пациенты) являются уязвимыми человеческими существами.

Отрицание — система заблуждений или иллюзий. Именно из-за сохранения системы отрицания болезни (работы психологических защит которые продолжают держать зависимого чело-

века в неведении) гибнет 99 процентов наркоманов и алкоголиков.

## **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №5**

Так пациент 3.,33 лет, с генерализованным тревожным расстройством, с зависимостью от антидепрессантов и сопутствующим пограничным расстройством личности (после 10 лет приема антидепрессантов) испытывал сильные боли во всем теле. Несмотря на разъяснение врачей и психологов, что абстинентный прием может длиться больше 2 недель, пациент стал изыскивать возможность наличия у него ревматического заболевания (при идеальных анализах), убеждал в этом родственников с целью выписаться и не продолжать реабилитацию, хотя изначально лег в клинику, чтобы прекратить прием антидепрессантов.

Сопротивление или выздоровление – это две полярности, которые будут постоянно сопровождать Зависимого (табл.4)

### **Таблица 4. Сопротивление или выздоровление**

Сопротивление – Выздоровление  
Болтливость, разговоры – Реальные действия  
Обещания – Выполнение рекомендаций  
Притворство, театральность – Честность, прямота  
Жалость к себе – Уверенность в себе  
Поучение других – Перенимание опыта у других  
Надежда на возможность употребления – Надежда на нормальную жизнь без употребления  
Агрессивное отношение к другим – Уважение  
Саботаж выздоровления – Выполнение активностей выздоровления  
Регрессия, полное прекращение выздоровления – Возврат к выздоровлению



Агрессивное отношение к программе выздоровления —  
Непредвзятость, поиск альтернативных путей выздоровления,  
создание нового плана

### **Психологические компоненты сопротивления**

- сопротивление со стороны «Сверх Я» (внутренний критик, вина, наказание, сопротивление успеху)
- сопротивление психологу, его критика или отношение по типу: «Ну, попробуй меня излечи!»
- сопротивление от первичной выгоды (снятие эмоционального напряжения)
- сопротивление от вторичной выгоды
- сопротивление со стороны Оно (зависимой части)»: своеволие, «хочу»

Сопротивления могут отражать защиты «уязвимого», рассерженного или «импульсивного» ребенка (рис.5).В этом случае проблема прорабатывается в индивидуальной терапии. Подробнее об этом см. в книге ДиФранческо и Редигера и Стивенса



**Рисунок 5.Схема-терапия режимов и защит**

### **Как осуществляются сопротивления?**

- 1.Реакции бегства: опоздания, невыход на зарядку, размышление о сроках лечения, забывание тетрадки с планом и анализом дня, «гоняние» (вместо гонения!) тяги, подготовка «индивидуалки» вперед, молчание.
- 2.Реакции нападения: упорное доказательство своих аргументов, пикировка с психологом
- 3.Согласие во всем с психологом (чаще у алкоголиков)

### **Что делать, когда появляется сопротивление?**

Терапевтический процесс – напряженный труд между принципом удовольствия и принципом реальности. Когда появляется

сопротивление, необходим его анализ.

Описать начало.

Относительно чего направлено.

Индивидуальные механизмы защиты.

Конкретный план: вместо «мне 40 лет... зачем реабилитация? — мне надо больше, чем другим заниматься»

Определить последствия за отход от лечения

**Саботаж — это разновидность отрицания болезни, проявляющаяся активным, сознательным сопротивлением лечебному процессу.**

Пациент на занятиях говорит о чём угодно, только не о злоупотреблении ПАВ (психоактивными веществами) и не о своем заболевании. Например, об обеде, погоде, об личностных особенностях сотрудников клиники, пациентов и т. д.

Пациент выбирает из программы только то, что ему нравится. Например: « Мне нравится только групповая терапия, а самоанализ мне не нужен» и т. д.

Пассивное сопротивление — соглашательство «говорите, а я знаю лучше вас».

Отказ от какой-либо ответственности, игра в наивность, непонимание о чём идет речь.

Противопоставление себя другим пациентам «Геннадия бросила жена, а моя жена со мной не разводится».

Жалость к себе «Я больной человек, а вы меня на КГТ заставляете ходить».

«Профессиональный пациент» — лечившийся много раз и утверждающий, что знает всё о выздоровлении.

Пациент настраивает свою семью против специалистов программы. Семья начинает защищать и оправдывать больного, тем самым, снимая с него ответственность.

Пациент пытается создать вокруг себя атмосферу загадочности: «Это не относится к употреблению...», «Есть вещи, о которых я не могу вам рассказать...», «Это моя тайна...» и т. д.

Пациент пытается организовать неформальные группы, противостоящие сотрудникам клиники.

Пациент активно мешает проводить занятия, пытается «сбить» с темы, перевести разговор на другую тему.

Пациент пытается завязать «дружеские» отношения с сотрудниками

программы (желательно с руководителем), обещая всяческую помощь в решении проблем личного характера.

Пациент пытается «сравнить» между собой различных сотрудников клиники, например, с помощью лесты выделяет кого-либо из специалистов, или в жалобах искажает реальные действия и слова «обиженного» сотрудника.

Пациенты оправдывают деструктивные действия других пациентов.

Пациенты злобно-иронично высказывают свое мнение о занятиях (специалистах).

## **ЦЕЛЕПОЛАГАНИЕ. ПЛАНИРОВАНИЕ. РЕЖИМ**

Важным направлением реабилитации является обучение пациентов целеполаганию. Критериями правильной постановки цели могут быть следующие характеристики:

- формулировка цели только в положительных (позитивных) терминах (чего я хочу, а не чего я не хочу);
- точное знание достигнутого результата на уровне ощущений (как я узнаю, что достиг цели? Что увижу, услышу, почувствую в этот момент?);
- ориентация на свои возможности (ставится цель не для окружающих, только для себя);
- улучшение или сохранение положительного опыта нынешнего состояния (достижение цели не должно ухудшать сегодняшнее состояние);
- обусловленность цели настоящим контекстом (в каких условиях цель желанна, а в каких нет);
- реализация цели не должна наносить вред окружающим или самому человеку.

Кроме того, цель должна быть возможной (достижимой) для человека; практичной (глобальные цели следует разбивать на конкретно выполнимые шаги); ценной, т.е. необходимой тебе как таковая и в ее последствиях.

## ПЛАНИРОВАНИЕ

С целью повышения показателей динамики поведения и успеваемости пациенты учатся планированию. Важно, чтобы планы были направлены на достижение предварительно определенных целей. Обучение планированию целесообразно проводить на практике. Так, пациентам полезно ежедневно к утреннему собранию составлять **план на день**, т.е. список дел, которые нужно выполнить в течение дня. Составив список, необходимо выделить приоритетные задачи. Пока Участник находится в Реабилитационном центре (отделении), его дела, обычно, заключаются в участии в программных мероприятиях: посещение занятий, консультация со специалистом, проведение хозяйственных работ, прогулка, завершение аналитического задания и пр. Но все же, остаются и личные дела, такие, как звонок домой, встреча с родными, разговор с кем-то из участников по какому-то важному поводу (разрешение спора, получение совета или обратной связи и т.д.). Впоследствии добавляются и социальные дела, такие, как домашний отпуск, собеседование для трудоустройства, восстановление документов, отметка в милиции и др. Мы рекомендуем тщательно планировать каждую социальную командировку. Например, собравшись в домашний отпуск, следует наметить для себя такие действия как просмотр телевизора, прогулка с кем-то из родных и т. д. Планировать нужно не только важные дела, но и досуг! Это позволит более интересно и насыщенно проводить время. На Итоговом собрании участники Программы отмечают, что из запланированных мероприятий было выполнено. Особо требуется уяснить, были ли выполнены приоритетные задачи, непосредственно связанные с целями реабилитанта.

Планирование и анализ результатов осуществляется на различных собраниях, на которых принимаются все важные решения.

## ПЛАН ДНЯ

Очень важная часть реабилитационного процесса — это научение правильному распределению времени, грамотной постановки целей и задач. Для того что бы эффективно работать над своим выздоровлением, необходимо учитывать каждую минутку своего времени и наполнять ее смыслом. Помощником в этом нелёгком деле послужит ПЛАН ДНЯ. Чёткое планирование позволит направить силы на полезные для твоего выздоровления действия. Кроме того, когда пациент постоянно занят, не остаётся времени на скуку и лень, которые могут привести к появлению тяги.

*Итак, каждый вечер после подведения итогов минувшего дня, находясь в спокойной обстановке, подумай, что бы ты хотел получить от завтрашнего дня, над какой проблемой ты хотел поработать, какого изменения хотел бы достигнуть. Сформулируй чётко и запиши в тетради — это и будет твоей Целью на завтра. Далее определи, что тебе необходимо для достижения своей цели, какие действия ты можешь предпринять сам, к кому обратиться за помощью. Как только ты запишешь их ниже, они станут задачами дня.*

Следующий этап — это написание распорядка дня, в котором пациент должен учесть все детали, не должно остаться ни единой неучтённой минуты, когда бы мог позволить себе полениться. Здесь на реабилитации это сделать легче, так как существует распорядок отделения, но даже при этом реабилитант должен описать своё участие, свою активность в каждом мероприятии.

*Первое время у тебя могут возникать трудности с написанием плана дня, но не пугайся этого, ведь ты всегда можешь обратиться за помощью к психологам и постепенно научиться самостоятельно, эффективно планировать свою работу. Это пригодиться тебе потом в любой деятельности.*

## УТРЕННЕЕ СОБРАНИЕ

День для пациента начинается с Утреннего собрания, которое проводит суточный психолог и руководитель отделения.

Задача утреннего собрания (УС) — сплочение группы и формирование активного рабочего настроения на день. Форма проведения собрания может быть различной, в зависимости от задач, которые ставят перед собой специалисты реабилитационной программы. Мы приведем сценарий собрания, который используем в своей работе:

1. План на день. Распорядок действий участников группы на день, который они сами себе составляют. Путем составления плана на день пациенты обучаются планировать свои цели и задачи, определять приоритеты, анализировать проблемы, мешающие достижению поставленных задач, завершать начатые дела и пр. Таким образом, несмотря на достаточное однообразие распорядка дня пациентов отделения и, соответственно, их планов на день, незаметно происходит процесс обучения и закрепления навыков самоорганизации.

2. Дневник чувств. Пациенты вслух зачитывают отрывок из своего дневника чувств. Согласно рекомендации дневники пишутся в течение всего дня: запись осуществляется, как только случается более-менее значимое событие, на которое реабилитант обращает внимание. Основная задача дневника чувств — научить участника отслеживать взаимосвязь своего эмоционального состояния и своих действий от событий во внешнем и внутреннем мире. Отслеживая и устанавливая такие взаимосвязи в настоящем, пациент учится управлять собой в рискованных и стрессовых ситуациях в будущем. В зависимости от количества участников, ведущий на Утреннем собрании может выбирать тех, кто прочтет свой дневник полностью (чаще всего новички программы и те, кто имеет проблемы с анализом и формулированием чувств), а кто ограничится только наиболее важными событиями.

Пример: Ведущий: «Кристина, прочти из дневника о двух

негативных и двух позитивных событиях». Кристина: «В „курилке“ один из пациентов плюнул и случайно попал мне на ногу. Испытала возмущение, негодование. Сжались кулаки, покраснело лицо. Неприятно. Подумала: „Все козлы!“. Быстро потушила сигарету и ушла».

3. Фокус дня. Зачитывается ежедневник Анонимных наркоманов, который содержит много духовно-ориентированных рекомендаций. На основании содержания формируется фокус дня. Фокус не всегда совпадает с содержанием дневника на день. Акцент делается на экзистенциальной составляющей зависимости. Пример: Ведущий зачитывает тему ежедневника на текущий день и дает задание: «Сегодня фокус дня – что такое воля и своеволие». «Фокус дня» помогает реабилитантам концентрировать свое внимание на наиболее важной задаче сегодняшнего дня в частности, и на главной задаче ближайшего будущего – выздоровлении, в целом.

4. Напутствие. Напутствие демонстрирует своеобразное отношение к миру и к себе. Текст читает один из реабилитантов (назначается ведущим или вызывается добровольно). Концентрация на тексте Напутствия позволяет участникам увидеть свою ситуацию в более глобальном масштабе и осознать процесс реабилитации как фундамент для своей дальнейшей трезвой жизни. Приводим его текст.

### **Напутствие**

Иди спокойно среди шума и суеты, помни, о том, какая благодать снисходит в тишине. Двигайся так далеко, насколько это возможно; не отрекаясь от самого себя, поддерживай добрые отношения с людьми. Правду свою говори спокойно и ясно; слушай, что тебе говорят другие: ведь даже у дураков и невежд есть, что сказать. Остерегайся людей крикливых и агрессивных: они травмируют твою душу. Если станешь сравнивать себя с другими, можешь стать тщеславным или озлобленным, поскольку всегда найдутся люди лучше или хуже тебя. Радуйся своим, успехам и планам. Вкладывай душу в свою работу, какой бы скромной она ни была. Она является вечной ценностью в изменчивых перипетиях судьбы. Будь осторожен в своих на-



мерениях — мир полон обмана. Но пусть это не заслоняет от тебя понятия истинной чести: многие стремятся к возвышенным идеалам, и всюду жизнь полна героизма; не будь циничным с любовью, ибо только она перед лицом всеобщей черствости и горечи остаётся вечной, как жизнь. Относись спокойно к тому, что несут тебе годы, без сожалений отказываясь от утех молодости. Развивай силу духа, чтобы при неожиданном несчастье она стала тебе опорой. Но не терзай себя муками воображения. Много страхов родится от усталости и одиночества. Не забывая о дисциплине, будь добрым к самому себе. Ты — дитя космоса и поэтому имеешь не меньше прав, чем звёзды и деревья, находиться здесь; ясно тебе или нет, но не сомневайся в том, что мир таков, каков он есть. Живи в мире с Богом, чтобы ты ни думал о Его существовании, и чем бы ты ни занимался, и к чему бы ни стремился; в шуме улиц и хаосе жизни сохраняй душевный покой. Несмотря на весь обман, тяжкий труд и рухнувшие надежды — всё же этот мир прекрасен. Будь внимательным и постарайся быть счастливым.

5. *Заявки, проблемы сообщества.* Данная часть собрания посвящена обсуждению бытовых, хозяйственных и организационных вопросов, таких как, дежурства, прогулка, заявки на консультацию со специалистами, внеочередные встречи с родственниками, телефонные звонки, нарушения режима, конфликты и пр. Пример: Психолог: «Ваши заявки?». Вася: «У меня заявка на прогулку и звонки вечером».

После окончания утреннего собрания дежурный психолог вместе со старшим психологом принимают решения по поводу принятых заявок и произошедших нарушений.

В качестве трудотерапии староста группы распределяет участников на уборку. Проверка хозяйственных работ осуществляется старостой совместно с дежурным психологом.

## **ИТОГИ ДНЯ (ИД)**

Просто написать план дня еще не достаточно, необходимо четко выполнять задачи для достижения цели и следовать порядку дня. К сожалению, не всегда все будет удаваться так, как запланировано заранее — и в конце дня необходимо про-

анализировать причины, по которым произошло отклонение от плана, определить свою роль в этом, что ты мог сделать, но не сделал, и что послужило причиной твоему бездействию.

Итоговое собрание призвано помочь подытожить свои результаты за прошедший день. На этом собрании пациенты учатся анализировать свои достижения и неудачи, принимать благодарность и критику, давать обратную связь. Итоги дня может проводить социальный работник-консультант. Собрание проводится по стандартной схеме:

**Приветствие, замечания.** Участники группы делают друг другу и себе замечания (для этой цели обычно используются записки из дневника чувств). Пример: «У меня замечание Васе, за то, что он ругался матом. Это вызвало у меня раздражение и возмущение». «У меня замечание себе за то, что спал днем, это мне навредило тем, что я проспал группу домашних заданий».

**Благодарности.** Участники группы благодарят друг друга. Пример: «Коля, я тебе благодарен за то, что ты меня сегодня разбудил вовремя». Если участники не выражают благодарности, то ведущий показывает пример: «Зависимый благодарен, пока он трезвый. Поэтому я благодарю Васю за то, что он веселый, а Колю за то, что он добрый».

**Анализ плана на день.** Участники зачитывают, что удалось сделать, а что нет и почему. Пример: «Сегодня я не позвонила маме, из-за полученного последствия за нарушение (пропустила терапевтическую группу, потому что спала и не слышала, как позвали на занятие). Итого: пять плюсов (завершенных дел) и один минус (незавершенное дело)».

Анализ дня должен быть наполнен чувствами, отмечен, за что может себя похвалить пациент, какими своими действиями он недоволен, что хотел бы сделать иначе. Если цель дня не достигнута или достигнута не в полной мере, необходимо перенести ее на завтра, проанализировав факторы, которые тебе помешали сегодня.

**«День прошел не зря».** Данный пункт собрания направлен на формирование позитивного мышления, так как каждый

участник отмечает свои достижения за прошедший день. Пример: «Я сегодня выспалась, получила новое домашнее задание, беседовала с психологом, ко мне приходила мама. Сегодня я чистая, трезвая и благодарная!».

Чувства «здесь и сейчас». Если по ходу Итогового собрания у кого-то из участников возникло и осталось негативное чувство, то предлагается его отреагировать.

Ежедневное подведение итогов необходимо для обучения реабилитантов анализировать совершенные действия, определять значимость и влияние различных событий на свое поведение, и, в целом, структурировать собственную жизнь. Представим примерную схему ИД:

Произвести анализ реализации планов прошедшего дня (что было выполнено, что — нет и по какой причине)

Перечислить наиболее значимые эмоциональные переживания в течение дня из Дневника чувств;

Озвучить благодарности и замечания себе и другим, опираясь на события прошедшего дня.

Выборочно зачитать фокус дня

## **ДНЕВНИК ЧУВСТВ**

Это методика повышает уровень осознания пациентами своих переживаний, развивает навыки узнавания и дифференцирования эмоций, позволяет выявлять причинно-следственную связь между эмоциями, мыслями и действиями пациента.

Дневник чувств, используемый на протяжении всей реабилитации, позволяет эффективно анализировать актуальное эмоциональное состояние (табл. 5). Рекомендуется отталкиваться от эмоции, испытываемой в настоящий момент, для установления причинно-следственной связи с какой-либо ситуацией. Следует отметить, что эмоция не обязательно может быть связана с событием из внешнего мира, но и, например, может быть результатом воспоминания, фантазии, — того, что можно назвать «внутренним» событием:

Чувства, ощущения	События внешние/внутренние	Желания	Мысли	Действия
Что я чувствую? Что и где ощущаю в теле?	С чем это связано?	Что я хочу по этому поводу?	Что я думаю по этому поводу?	Что я делаю?
Злость, Сжаты кулаки, стиснуты зубы.	Конфликт с Сергеем во время хозработ	Ударить Сергея	Если я его ударю, то у меня будут неприятности	Сдерживаю себя. Пишу дневник чувств.

**Таблица 5. Дневник чувств**

Дневник чувств работает с переживаниями «здесь и сейчас» и способствует повышению уровня осознания. По сути, работа с Дневником чувств является *способом конструктивного отреагирования эмоций, эффективно используемой паузой между стимулом (событием) и реакцией пациента.*

Дневник чувств целесообразно вести в течение дня для повышения уровня осознания.

Систематическая работа с чувствами формирует материал для работы с эмоциональной сферой: развитие эмоционального интеллекта пациентов и формирование эффективного способа совладания со стрессом.

Тема взаимоотношений с собственными чувствами важна для всех. Как известно, психо-эмоциональное развитие больных химической и нехимической зависимостями останавливается в тот момент, когда начинается употребление. При этом интеллект и социальные связи пока не страдают. Это значит, что зависимый может продолжать деятельность, занимать значимое положение в обществе, до какой-то степени быть успешным, но чувства – это то, с чем он не справляется.

Пытаться бороться, не замечать свои собственные эмоции

и переживания – это верный способ умножить свои страдания, запутаться в проблемах и потерять душевный покой. Сделав свою жизнь невыносимой, человеку пытающемуся выздороветь от алкоголизма или наркомании, не остается ничего иного как снова возобновить употребление. И поэтому работа с собственными чувствами, их распознавание, отслеживание и, наконец, сообщение о них окружающим являются важными задачами реабилитации. Дневник чувств поможет: научиться различать собственные чувства и с их помощью глубже познать самого себя; осознать свои реакции и поступки, а значит, получить возможность изменить поведение, которое мешает наладить взаимоотношения с другими людьми. Так как у пациентов на начальном этапе бывают проблемы с формулированием эмоций и чувств, специалисты им выдают своеобразную «шпаргалку» со списком чувств, такой же плакат висит на стене (табл.б).

# ЭМОЦИИ И ЧУВСТВА

ГНЕВ		СТРАХ		ТОСКА	
безучастность	агрессия	раздражительность	жалость	жалость к себе	печаль
обида	надменность	ужас	сострадание	горе	озлобление
недовольство	бешенство	нерешительность	зависть	разочарование	апатия
ярость	одиночество	испуг	нервозность	боль	равнодушие
враждебность	неприязнь	неуверенность	тревога	предательство	горечь
злость	отвращение	злость	боязливость	обида	отвращение
раздражение	нервность	безнадежность	смятение	одиночество	уныние
ирония	холодность	боязнь	отвращение	тоска	поражение
униженность	злорадство	растерянность	опасение	раздражение	скорбь
унижение	равнодушие	паника	омерзение	грусть	огорчение
неистовость	нетерпение	беспокойство	волнение	тоскливость	унижение
	ненависть		ненависть		
РАДОСТЬ			СТЫД		
заинтересованность	торжественность	умиротворение	благодарность	растерянность	
покой	смирение	облегчение	наслаждение	ущербность	
восторг	радушие	озарение	спокойствие	неловкость	
доброжелательность	сопричастность	сопереживание	возбуждение	стеснение	
тепло	общность	довольство	подъем духа	сожаление	
доверие	нежность	благодать	искренность	раскаяние	
взволнованность	удовлетворение	взвинченность	уверенность в себе	унижение	
любовь	удивление	вожделение		смущение	
веселье	симпатия	единство		вина	
ответственность	воодушевление	сердечность			
обожание	интимность	уверенность			
надежда	лёгкость	волнение			

Таблица 6. Эмоции и чувства

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ ДНЕВНИКА ЧУВСТВ

Для того чтобы писать дневник нужно:

1. Ручка, тетрадка
2. Таблица чувств
- 3 Желание выздоравливать

Для облегчения выражения чувств и реакции тела пациентам предлагаются следующие памятки (табл.7, 8)

<b>Радость</b>	<b>Гнев</b>	<b>Этих чувств нет</b>
Заинтересованность восторг	покой	
Доброжелательность доверие	тепло	Безучастность обида
Взволнованность веселье	любовь	Недовольство ярость
Ответственность надежда	обожание	Враждебность ирония
Торжественность радушие	смирение	Раздражение унижение
Сопричастность нежность	общность	Униженность агрессия
Удовлетворение симпатия	удивление	Неистовость бешенство
Воодушевление легкость	интимность	Надменность неприятель
Умиротворение озарение	облегчение	Одиночество нервность
Сопереживание благость	довольство	Отвращение
Взвинченность единство	возжелание	Холодность
Сердечность волнение	уверенность	Злорадство Равнодушие
Благодарность спокойствие	наслаждение	Нетерпение
Возбуждение искренность	подъем духа	Ненависть
Уверенность в себе		

**Зеркальность**

**Понимание**

**Не понимание**

**Дискомфорт**

**Интерес**

**Внимание**

**Тяга**

**Скука**

**Лень**

**Сарказм**

**Подавленность**

**Желание**

голова	тело
	<i>Тело расслаблено</i>
<i>Брови сдвинуты, приподняты</i>	<i>Мурашки по телу</i>
<i>Морщю лоб</i>	<i>Кулаки сжаты</i>
<i>Горят щеки, лицо, уши</i>	<i>Суетливые движения</i>
<i>Улыбаюсь</i>	<i>Мышцы напряжены</i>
<i>Взгляд в одну точку</i>	<i>Вспотели ладони спина, тело, спина и т.п.</i>
<i>Глаза бегают</i>	<i>Жар в груди, спине, лице и т.п.</i>
<i>Сжимаю челюсти</i>	<i>Учащенное сердцебиение</i>
<i>Зеваю, потягиваюсь</i>	<i>Гудит в желудке</i>
<i>В глазах туман</i>	<i>Дрожь в ногах теле и т.п.</i>
<i>Щурю глаза</i>	<i>Переминаюсь с ноги на ногу</i>
<i>Сухость во рту</i>	<i>Тяжесть в ногах, голове, груди и т.п.</i>
<i>Глаза слипаются, слезятся</i>	<i>Напряженная спина, шея, тело</i>
<i>Нервный тик в виске, щеке и т.п.</i>	<i>Учащенное, затаенное дыхание</i>

**Таблица 8. Возможные реакции тела**

Самоанализ может быть предложен в качестве альтернативы



домашним заданиям.

## МОЙ ЕЖЕДНЕВНЫЙ САМОАНАЛИЗ

Помните, что это программа развития выздоровления, и если вы обошлись сегодня без алкоголя и наркотиков, значит, что-то вы сделали правильно.

*Опиши подробно эти ситуации.*

1. Удалось ли мне сегодня обойтись без алкоголя и наркотиков?

2. Замечал ли я сегодня у себя...?

Негативное мышление и разрушительные чувства (отрицание, недоверие, злость, злорадство, ненависть, зависть, страх, отчаяние, жалость к себе...);

Навязчивые желания и мысли, одержимость;

Заранее настраивался на результат;

Беспокойство о будущем, прошлом;

3. Какие отрицательные черты проявлялись в моих сегодняшних поступках, наносил ли я вред себе и окружающим?

Своеволие

Лень

Нечестность

Жадность

Эгоизм

Эгоцентризм

Осуждение

Оскорбления

Неуважение

Манипуляции

Праздность

4. Обвинял ли я кого-нибудь в моих сегодняшних действиях?

5. Кто те люди в моей жизни, которым я доверял сегодня?

6. Признал ли я перед кем-нибудь свои ошибки сегодня?

7. Важно ли для меня было сегодня обойтись без алкоголя и наркотиков?

8. Что я сделал сегодня против своего желания?

9. За что я могу себя похвалить?

Новые привычки (вовремя вставать, холодный душ, зарядка, приготовление себе еды, выполнение домашних обязанностей и т.д.)

Бескорыстные поступки

Добросовестная работа

Ответственность

Самообразование

10. Что принесло радость, удовольствие?

Интересное общение

Активный отдых

Интересные открытия, книги, информация

Спорт

Подарки себе и другим

11. Какие хорошие качества ты сегодня в себе видишь?

12. Кому и за что я могу сегодня быть благодарен?

Люди

Высшая Сила

Судьба

13. Замечал ли я сегодня у себя позитивное мышление.

14. Что меня сегодня отдаляло от употребления, а что приближало?

**P.S. Не умолчал ли я о каком-то событии, о котором непременно должен был посоветоваться с психологом?**

## **ИТОГИ НЕДЕЛИ (ИН)**

Итоги недели предназначены для формирования тех же навыков у пациентов, что и Итоги дня. Благодаря ИН реабилитанты отслеживают динамику своего эмоционального состояния и поведения в течение более длительного времени, чем 1 день. Для зависимых, в большинстве своем живущих одним днем, неделя – это достаточно серьезный временной интервал. Подведение итогов за такой период позволяет пациентам

структурировать и стабилизировать свою жизнь. Схема проведения ИН может быть аналогична ИД или, по желанию специалистов Реабилитационного центра, включать дополнительные пункты. Например, если Итоги недели проводятся в пятницу, то на собрании можно уделять время для разбора планов пациентов, собирающихся в домашний отпуск на выходные дни.

Необходимо описать состояния, наблюдения; сделать выводы и осмыслить произошедшие с тобой события, полученные знания, информацию, отследить привычки.

***Попросту – «включи голову»!***

**Форма проведения:**

**1. Пять негативов** (за неделю)

В форме экспресс-анализа с выводами:

описание ситуации (Когда я...)

три чувства.

что подумал?

что готов был сделать?

что сделал?

что было предпочтительнее?

*Вывод:...*

**2. Пять позитивов** (за неделю)

описание ситуации (Когда я ...)

три чувства – преобладающее чувство (1)

что для меня это значит...

**3. Что делал в реабилитационном центре по программе?**

**4. Что нового и хорошего узнал за неделю?**

**5. Конфликт:** Когда я... (три чувства)

я подумал...

я хотел сделать...

что сделал...

чего хотел добиться...

чего добился... (три чувства)

*Вывод:...*

**6. Хит-парад чувств** (не менее 5 чувств)

**7. Замечание:** Кому, за что (событие), три чувства.

Чем навредило мне или группе?

8. **Цели и планы на неделю** (не менее пяти конкретных целей)

9. **Благодарности за неделю**: Людям, Себе, Высшей Силе (конкретно).

## **ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД**

У зависимых отсутствуют знания о жизни, навыки коммуникации, поэтому психообразовательный подход, коммуникативные тренинги используется на протяжении всех этапов реабилитации.

## **ЛЕКЦИИ**

Лекции о выздоровлении, проводимые врачами и психологами, содержат информационный блок о принципах реабилитации, о симптомах психической зависимости и способах их преодоления, о действиях, направленных на профилактику рецидива, о семейных аспектах наркомании, сопутствующих инфекционных заболеваниях и пр. В зависимости от специалистов и их интересов, содержание лекций может варьироваться, поэтому мы решили не приводить текстов, а ограничились лишь темами.

## **ТЕМЫ ЛЕКЦИЙ ВРАЧЕЙ, ПСИХОЛОГОВ, СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ-КОНСУЛЬТАНТОВ**

Зависимость как био-психо-социо-духовное расстройство

Этапы реабилитации. Этапы выздоровления

Биохимия зависимости

Признаки психического здоровья

Неуправляемость и бессилие

Выздоровление как стиль жизни

Установка на лечение

Созависимость

Соппротивление лечению  
Понимание гнева  
Ревность  
Здравомыслие  
Дефекты характера  
Дисфункциональная семья  
Честность и как это помогает в выздоровлении  
Саботаж лечения  
Напряжение и стресс  
Своеволие и воля  
Любовь к себе и принятие себя  
Самооценка  
Соппротивление и отрицание  
Срыв как часть выздоровления  
Защитные механизмы личности  
Экзистенциальные аспекты выздоровления  
Ресурсы выздоровления  
Любовь или зависимость  
Мой внутренний ребенок  
Кризисы и триггеры  
В Приложении 7 приведены примерные конспекты некоторых лекций  
Примеры медитаций описаны в Приложении 8

## **МЕТОДЫ СТИМУЛЯЦИИ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ**

Важным условием развития креативности является участие пациентов в принятии решений по вопросам жизни терапевтической группы: организация досуга и праздников, решение проблемных и конфликтных ситуаций, определение взысканий и поощрений, планирование и подведение итогов, знакомство с новыми участниками и проводы выпускников Программы, и т. д. Совместные собрания и обсуждения приучают реабилитантов брать на себя ответственность за результат дела и стиму-

лируют творческий подход в разрешении различных ситуаций.

## **АРТ-АНАЛИЗИ АРТ-ТЕРАПИЯ**

В ситуации с пограничными пациентами, как показывает опыт, свободные ассоциации, интерпретации примитивных форм психологической защиты у них не всегда дают позитивного эффекта, а, иногда, ухудшают состояние.

Одним из альтернативных методов работы является *арт-терапия*. Методики арт-терапии базируются на том, что внутреннее Я человека отражается в зрительных образах, когда он рисует, не задумываясь о своих произведениях, т. е. спонтанно. Выражение своих переживаний на языке образов и символов является наиболее адекватным для пациентов с психологическими нарушениями, сформированными в самых ранних довербальных периодах индивидуального развития. Когда неосознаваемые психические переживания невозможно объяснить словами, их можно выразить с помощью зрительных образов, минуя цензуру сознания. При этом эмоциональная безопасность обеспечивается тем, что процесс рисования создает условия для социально приемлемого выражения негативных и агрессивных эмоций (периодически переполняющих этих пациентов) посредством механизмов так называемого *графического отреагирования*. Техника свободных ассоциаций с помощью визуализации является идеальным инструментом для получения материала о вытесненном или приобретенном на очень ранних стадиях развития опыте, так же как и механизм переноса является прекрасным способом адаптивной реконструкции такого опыта. Она дает возможность получить от пациента первичный символический материал в достаточно безопасной форме.

В этом случае, ее лучше называть *арт-анализом*, так как она представляет собой синтез психоаналитических и арт-терапевтических техник диагностики и психотерапии.

В отличие от аналитической техники свободных ассоциаций, *арт-анализ* позволяет проводить методику свободных ас-

социаций без разделения образных представлений вербальными интерпретациями. В результате оказывается возможным, минуя когнитивный контроль (что особенно важно для пациентов), «выйти» на фокусную проблему пациента (ядерную конфликтную тему отношений), удержать его в рамках этой проблемы и безопасно выявить все возникающие ассоциации, а не только те, которые пациент решил вербализовать для психотерапевта. В процессе арт-анализа структурируется изначально диффузное представление пациента о проблеме и собственном Я, его выхоленные когнитивные схемы обогащаются более эмоционально окрашенными символами. Проработка травматических ситуаций происходит одновременно с включением механизмов ранних объектных отношений, а эмоциональное отреагирование – в безопасных границах переноса на объект рисования, а не на психотерапевта. Таким образом, удается осуществить большую часть этапов аналитической процедуры, избегая опасности активизировать незрелые механизмы психологической защиты. По сравнению с другими арт-терапевтическими техниками, арт-анализ позволяет более точно и менее спекулятивно идентифицировать и невротические проблемы, затрачивая при этом минимальное время на проведение психотерапии.

В процессе арт-анализа возникают ситуации психологического сопротивления проводимой терапии, которые проявляются следующим образом:

в отказе рисовать потому, что пациент:

*не умеет рисовать;*

*не знает, что рисовать;*

*устал;*

*не понимает, зачем все это надо;*

в нарочито стереотипном повторении сюжета рисунка;

в рисовании «штампов» (например, элементов плакатов и рекламы);

в циркуляции сюжетов нескольких рисунков.

В такой ситуации пациенту необходимо объяснить, что ка-

чество рисунка не имеет значения, и даже лучше то, что он не умеет хорошо рисовать, так как это способствует более четкому изображению проблемы (еще лучше сделать это с самого начала, чтобы по возможности избежать ситуации отказа, мотивированного неумением рисовать). Можно также предложить пациенту сделать рисунок на тему любой свободной ассоциации, которая приходит ему в голову, либо уточнить некоторые детали предыдущего рисунка, либо нарисовать, что он хочет в данный момент, или изобразить, что происходит с ним сейчас. Необходимым условием является невмешательство специалиста в процесс рисования, если пациент продолжает уточнять свои рисунки сам.

С содержательной или, лучше сказать, с психодинамической стороны можно выделить следующие этапы арт-аналитической процедуры:

- экстернализация интроецированного объекта;
- перенос на «экстернализированный» объект;
- серия переносов в манере свободных ассоциаций на последующие экстернализируемые объекты;
- неосознанная проработка динамики анализируемой ситуации;
- достижение эго-дистонности пациента во время терапии: появление терапевтического расщепления между наблюдающей и ощущающей частями «Я», проявляющееся в отношениях между индивидуумом и ситуацией на рисунке (появление рисунков с социальной динамикой);
- изменение эмоционального отношения к значимым символическим объектам.

В работе с аддиктами арт-анализ облегчает диагностику проблем у пациентов, обладающих слабой вербализацией. В российской психотерапевтической практике эту методику нередко именовали как проективный рисунок, используемый в «фазе ориентации» групповой психотерапии.

Так, пациентка А. (рис.6) в задании нарисовать или представить свою зависимую часть (портрет, фигуру, схему-как угодно)



изобразила её в виде мандалы, (которую подобрала из книги антистрессовых раскрасок), где сверху нарисованы глаза (маски), а в центре «костер гнева» (ярко-красным цветом), который символизировал её повышенную агрессивность. (Если приглядеться картина напоминает краба). В поведении на отделении она цеплялась к любому слову, реплике, которые, как её казалось, угрожали её самоуважению. В последующей психодраме она заявила тему «боюсь быть слабой женщиной». Началась глубинная работа над нарушенными объектными отношениями. К концу срока пребывания на реабилитации стала значительно спокойнее, легче выдерживала критику, повысилась самооценка.



**Рисунок 6. Зависимая часть в виде мандалы**

Арт-терапия позволяет пациентам самовыражаться, анализировать и отреагировать чувства с опорой на символы. Методики арт-терапии широко освещены в литературе, и мы не останавливаемся на них в данном учебнике.

Подробнее об арт-анализе можно прочитать в книге  
С. А. Кулаков «Практикум по психотерапии психосоматических расстройств» и «Психосоматика» (Ридеро, 2019)

## **МОЗГОВОЙ ШТУРМ**

Мозговой штурм – оперативный метод решения проблемы на основе стимулирования творческой активности, при котором участникам обсуждения предлагают высказывать как можно большее количество вариантов решения, в том числе самых фантастичных. Затем из общего числа высказанных идей отбирают наиболее удачные, которые могут быть использованы на практике. Так, например, его можно использовать при работе с негативными автоматическими мыслями.

## **НЕГАТИВНЫЕ И ПОЗИТИВНЫЕ АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ**

Совместно с психотерапевтом пациент учится определять мысли, которые усиливают тягу к употреблению наркотиков, а также те мысли, которые поддерживают состояние тонуса в моменты употребления психоактивного вещества. Отследив влияние этих мыслей на состояние и изменив их, пациент начинает предвосхищать проблемные реакции в определенных условиях. Однако при выявлении иррациональных убеждений, пациентов с зависимостью от ПАВ, стоит учитывать следующие характеристики мышления: мысли возникают очень быстро; мысли жесткие, негибкие; дихотомический тип мышления («все или ничего»); свехобобщение. Выделяют следующие иррациональные убеждения пациентов употребляющих ПАВ: мысли об отказе «наркотики не являются проблемой»; наркотики лучший и единственный способ решить эмоциональные проблемы; низкая толерантность к фрустрации; дискомфорт / беспокойство: все негативные эмоции, которых следует избегать любой ценой; преодолеть зависимость слишком сложно, сделать это одному невозможно, я буду беспомощным и следовательно ничего не стоит делать; чувство вины, и стыд за то, что я – наркоман. При работе с иррациональными убеждениями можно использовать целый спектр техник, описанных в учебниках

по когнитивно-поведенческой терапии, основной техникой является — дискуссия. Позитивные автоматические мысли — это мысли о безопасности разового употребления или пропуске группы взаимопомощи.

### **Приводим примеры иррациональных убеждений и рациональных альтернатив после диспута**

Употребление наркотиков никогда не было для меня проблемой, даже если я мог потерять контроль

Потеря контроля может быть первым признаком проблемы. И если не замечать ранние признаки, это приведет к срыву.

Я могу прекратить употребление в любой момент, просто не хочу.

Употребление ПАВ происходит не зависимо от желаний, поэтому прекратить употребление без сторонней помощи и собственных усилий практически невозможно

Мне нужно употреблять наркотики, чтобы расслабиться

Есть много способов для снятия напряжения без помощи наркотиков. Я не хочу употреблять наркотики для расслабления.

Люди обречены на разочарование и несчастья, поэтому я употребляю наркотики.

Приведи доказательства, что все люди обречены на разочарование и несчастья и из-за этого употребляют наркотики

Если я перестану употреблять наркотики, я увижу, что моя жизнь ничего не стоит. Я приду туда, откуда все началось, и пойму, что я наркоман и всегда буду наркоманом.

Неудачи и срывы бывают у каждого, но мы можем восстанавливаться. Срыв может показать мне, в каком направлении мне нужно идти и что делать теперь. Это мой выбор.

## **КИНОТЕРАПИЯ**

Смысл кинотерапии состоит в использовании фильма с целью выражения и отреагирования чувств, мыслей и желаний зрителей (пациентов). Поэтому истинным объектом анализа является не сам фильм, а то, что его содержание вызывает в пациенте, отчего рождается другой фильм — фильм зрителя. Насколько человек эмоционально захвачен фильмом, настолько он обладает инструментом сравнения, позволяющим раскрыть себя самому себе. Пациент получает возможность увидеть и понять

собственные конфликты через идентификацию с образом героя картины и проекцию сюжетной линии на собственную жизнь. Очень важно проводить обсуждение фильма. Подборка фильмов осуществляется заранее и согласуется с командой специалистов.

## **СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ**

**Первую семейную встречу** рекомендуется проводить перед включением пациента в мотивационную группу. При этом психолог преследует две цели:

**диагностическую** — исследование семейной ситуации пациента: отношение членов семьи к пациенту; тип воспитания; степень информированности родственников о проблеме зависимости; отношение близких к проблеме; степень готовности к активному участию в реабилитационном процессе и к соблюдению рекомендаций специалистов. Результаты диагностической беседы используются при составлении индивидуального плана лечения.

**информационную** — ознакомление родственников с условиями, этапами и длительностью реабилитационной программы, расписанием занятий и распорядком дня в отделении.

На семейной встрече реализуются следующие задачи:

- вовлечение ближайшего окружения пациента в лечебный процесс;
- разделение ответственности за результат лечения между лечебной командой и родственниками;
- помощь родственникам в формировании эффективной позиции по отношению к пациенту, пресечении манипулятивного и шантажного поведения пациента.

**Вторая семейная встреча** — итоговая — назначается, когда пациент сдает все задания основного списка мотивационных за-

даний. Итоговую встречу обычно проводит психолог, но если у пациента на первом этапе возникли нарушения и проблемы, препятствующие его переводу на следующий этап, то на встрече присутствуют и другие специалисты.

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СОБРАНИЯ**

Максимальное вовлечение реабилитантов в организационный процесс в рамках терапевтического сообщества позволяет повысить их ответственность за собственное выздоровление

### **Философия терапевтического сообщества**

Мы пришли сюда, потому что нам некуда больше бежать от самих себя.

Я убегаю, пока не увижу себя в глазах и сердцах других.

Пока я, превозмогая боль, не открою им мои секреты, мне не скрыться от них.

Пока я боюсь открыться, я не могу познать ни себя, ни другого.

Пока я боюсь открыться, — я одинок.

Где, кроме того как среди таких, как я смогу ли найти свое отражение?

Здесь я, наконец, могу увидеть себя таким, какой я есть:

Не как великана, каким я мечтаю быть,

Не как карлика, каким делает меня мой страх,

Но как личность, как часть целого, имеющую свое предназначение.

Здесь я могу найти благодатную почву для роста.

Я больше не смотрю в глаза смерти в полном одиночестве —

Я живу для себя и для других.

Мы больше не смотрим в глаза отчаяния в полном одиночестве, — мы живем для себя и для других.

Поэтому регулярные организационные собрания проводятся не только со специалистами, но и с участниками программы. Различаются лишь цели и форма проведения собраний.

## ОРГАНИЗАЦИОННОЕ СОБРАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Проводится 1 раз в неделю по понедельникам. Имеет следующие цели:

Вовлечение пациентов в процесс организации терапевтической среды.

Разделение ответственности за результат.

На этом собрании принимают участие пациенты как мотивационной, так и основной групп. Собрание ведет психолог или волонтер, имеющий подготовку.

Начинается с пожеланий пациентов и предложений, связанных с изменением бытовых условий (переселение в другую палату, индивидуальный режим и др.), режима дня (время и частота прогулок, посещения родителей) и занятиями реабилитационной программы (просьбы перевода с одного этапа на другой, выполнение ответственных ролей, вопросы, связанные с успеваемостью). Если пожелания и вопросы разрешаются на месте, то решение принимается на собрании, а в случае необходимости привлечения других специалистов в решении данного вопроса или для удовлетворения пожелания, решение откладывается до следующего организационного собрания.

Следующим пунктом организационного собрания является обсуждение проблемных ситуаций, возникших в течение недели (нарушение пациентом режима: нахождение в «курилке» после отбоя). Выясняется мнение пациентов, они дают обратную эмоциональную связь по данному событию. Пример: «Я испытываю недовольство и раздражение, когда кто-то из пациентов идет курить после отбоя. У меня тоже возникает желание иногда курить после отбоя, но я с ним борюсь. Когда я вижу, что другие потакают своим желаниям, я чувствую, что для меня это небезопасно, потому что провоцирует меня».

После обсуждения проблемной ситуации ведущий озвучивает решение в отношении нарушителя — даются предписания, помогающие пациенту справиться с проблемной ситуацией (например, в течение недели пациент, куривший после отбоя ло-

житься в кровать на 15 минут раньше, чем остальные и др.).

Новости — ведущий информирует пациентов о тех изменениях, которые затронут терапевтическую группу на предстоящей неделе (изменение режима, расписания, бытовых условий и пр.).

Выслушиваются предложения пациентов по чтению лекций, тренингов, просмотру терапевтических фильмов.

Награждаются лучшая палата и лучший дежурный.

Дается оценка работе старосте и физоргу, проводятся пере-выборы или они оставляются еще на один срок (формирование ответственных ролей).

## **ОРГАНИЗАЦИОННОЕ СОБРАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Работа с персоналом помимо супервизии включает в себя регулярное проведение организационных собраний. Так как реабилитационная программа реализуется в формате терапевтического сообщества, то пациенты играют существенную роль в организации терапевтической среды.

Собрание проводит старший психолог отделения в групповой форме, один раз в две недели и преследует две цели.

Организационная — усовершенствование взаимодействия между специалистами реабилитации, взаимодействия с пациентами, с родственниками и с другим медицинским персоналом отделения.

Коммуникационная — сплочение коллектива, разрешение конфликтных ситуаций между специалистами реабилитационной программы, распределение и перераспределение ответственности, улучшение условий труда и эмоционального климата коллектива.

Типичные темы и повестки дня:



Обсуждение результатов за предыдущий период – позитивные изменения, эффективные методы работы, положительные примеры разрешения трудных ситуаций, организационных и коммуникационных вопросов

Анализ сложных ситуаций за прошедший период, обсуждение влияния этих проблем на коллектив реабилитационной программы в частности, и на организацию работы отделения в целом.

Поиск решения проблемной ситуации. При обсуждении сложных вопросов учитывается мнение каждого члена коллектива, который прямо или косвенно задействован в проблемной ситуации, а также тех специалистов, которые не были в нее вовлечены и способны дать более адекватную оценку данной ситуации. При этом надо различать проблемные ситуации по способу их решения: внутренние и внешние. Внутренние проблемные ситуации разрешаются с помощью ресурсов самого коллектива реабилитационной программы. Внешние проблемные ситуации требуют вмешательства других сотрудников отделения или даже больницы (медицинский персонал, руководитель отделения). Поэтому задача старшего психолога при обсуждении конфликтных ситуаций – сориентировать в выборе способа решения.

Назначение испытательного срока, в течение которого специалисты наблюдают проблемную ситуацию и пробуют новые способы ее решения, утвержденные на собрании.

Нововведения – обсуждаются предложения по улучшению качества работы реабилитационной команды, при этом инициатор приводит анализ настоящей ситуации, предлагает изменения, которые обсуждаются и корректируются с участием всего коллектива. Если изменение было принято, то назначается испытательный срок, в течение которого происходит наблюдение и анализ результатов.

# **АЛГОРИТМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПРИЕМОВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ**

## **МОТИВАЦИОННЫЙ ЭТАП (ПЕРВЫЕ 14 ДНЕЙ)**

Опыт работы показывает, что лучше разделять пациентов мотивационной и основной групп. Дело в том, что «новички» нуждаются в большей поддержке специалистов, они менее самостоятельны в разрешении как бытовых, так и психологических проблем. Поэтому подход и требования к участникам в мотивационной группе мягче, чем в основной.

Под руководством индивидуального психолога пациент выполняет задания Первой части тетради «Анонс для новичка» (Приложение), направленные на осознание последствий зависимости во всех сферах жизни, и сдает их в группах самораскрытия.

Аналитическое задание прочитывается индивидуально специалисту или на групповом занятии в присутствии других реабилитантов (если пациент уже включен в программу с согласия родственников). Первая форма приема задания рекомендуется на первой неделе включения пациента в программу реабилитации, когда происходит адаптационный период. Индивидуальный прием заданий практикуется до момента преодоления пациентом чувства страха и недоверия к другим участникам группы.

Групповая форма приема аналитического задания пациентам полезна тем, что дает возможность получения обратной связи от большего количества участников, позволяет пациенту преодолевать свои страхи (страх оценки, выступления перед аудиторией и т. д.) и повышать уверенность в себе.

Главная задача специалистов, курирующих мотивационный этап, – это организовать для пациентов безопасную терапевтическую среду, в которой можно искренне переживать и проявлять чувства.

Помимо работы над аналитическими заданиями, пациенты мотивационной группы принимают участие и в других **групповых занятиях**: утренних и вечерних собраниях, лекциях, группах поддержки и психотерапевтических группах в соответствии со своим расписанием. Следует отметить, что эти занятия пациенты регулярно посещают и на последующих этапах реабилитационной программы.

**В мотивационной группе осуществляется индивидуальный подход в тематике «Проживание зависимости до конца».** Он может быть осуществлен на бумаге (отметить положительные и отрицательные события – рис.7), на полу (маркером – рис.8), проигран в виде клинической ролевой игры (окончание жизни в тюрьме, психиатрической больнице, инвалидной коляске и т.д.). Это очень сильная эмоционально-стрессовая методика, позволяющая конфронтировать с последствиями зависимого поведения. Некоторые психологи на развилке его деструктивного поведения дают шанс пациенту продемонстрировать «позитивное» развитие событий, что побуждает пациента взять ответственность за свой выбор. Часто пациенты испытывают очень сильный всплеск эмоций, и нуждаются в выравнивании после группы.

#### **Метод «Линия жизни»**

*метод, позволяющий «сделать срез» временных и смысловых аспектов субъективной картины жизненного пути личности, запускает рефлексивные процессы*

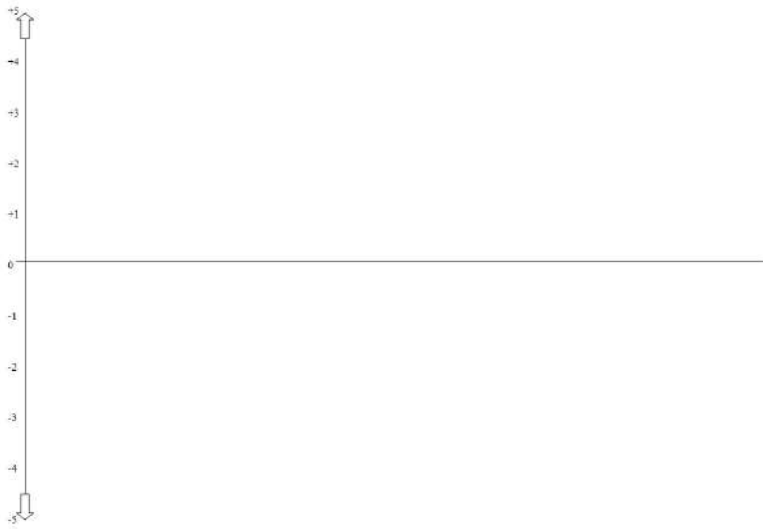


Рисунок 7. Линия жизни, графический вариант



## ИССЛЕДОВАНИЕ И ИЗМЕНЕНИЕ Я-КОНЦЕПЦИИ

Важным направлением личностного вектора развития является исследование и изменение Я-концепции пациента, ее когнитивных, оценочных и поведенческих компонентов. Самоосзнание у аддиктов нарушено по многим компонентам

С точки зрения психологии наркомания является заболеванием личности. Исследования многих авторов показали, что неадекватность и несформированность «Я-концепции» может являться причиной наркотизации, вместе с тем неадекватность «Я-концепции» может наступить вследствие изменений личности в процессе наркотизации. Личность наркозависимого утрачивает свою целостность: наряду с «Я-здоровым» формируется «Я-патологическое», которое захватывает и подчиняет себе все больше сфер жизни человека. Находясь в патологическом личностном статусе, зависимый от ПАВ не осознает последствий своего заболевания и не мотивирован на лечение. Формирование внутренней мотивации на личностные изменения – первый шаг к выздоровлению. По сути, пациент совершает выбор между двумя своими «Я» – патологическим и здоровым. Задача пациента – научиться сдерживать или нейтрализовать проявления болезни (рис.9 «Патологическое Я») и развивать здоровую часть личности через реализацию ее потенциалов.



**Рисунок 9. Патологическое Я**

Посему следующей необходимой процедурой мотивационной группы служит «Разделение зависимого и здорового Я» (табл.9), где пациенту необходимо признать в себе зависимую субличность («зависимое Я»), научиться распознавать ее прояв-

ления на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях и взять над ней контроль (рис 9). Существуют разные варианты деления, в зависимости от креативности ведущего (рис.10 и 11).



	Трезвое «Я» (здоровое, нормативное)	Зависимое «Я» (больное)
Цель		
Задачи		
Способы достижения		
Основные чувства		
Взаимодействие с людьми		
Отношение к употреблению		
Отношение к трезвости		
Отношение к близким		

Таблица 9. Мое трезвое и зависимое Я

Отношение к своему будущему		
Отношение к выздоровлению		
	Когда я в трезвости...	Когда я в состоянии употребления...
Мои моральные и этические нормы, ценности		

**Таблица 9. Мое трезвое и зависимое Я (продолжение)**





**Рисунок 10. Вариант деления на «трезвую и зависимую часть»  
с использованием игрушек**



**Рисунок 11. Вариант с использованием пластилина «лицемер» (орфография пациента)**

Цель раннего выздоровления – окончательно подавить голос нашего зависимого «Я». И этот голос должен быть побежден с помощью правды. Нам необходимо изучить аргументы, которые нужны, чтобы разрушить иррациональную систему отрица-

ния, которая будет вести нас обратно к употреблению алкоголя и наркотиков. Частое домашнее задание, которое посвящено этой теме. Вот один из вариантов.

Возьми лист бумаги и раздели его на три части, как показано на следующей странице:

**Описание моего зависимого «Я»:**

**Мое зависимое «Я»...**

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

5.

---

6.

---

7.

---

8.

---

9.

---

10.

---

**Когда я думаю о своем зависимом «Я», я чувствую...**

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

5.

---

6.

---

7.

---

8.

---

9.

---

10.

---

Теперь, возьми еще один лист бумаги и раздели его на три части, как показано на следующей странице:

**Описание моего трезвого «Я»:**

**Мое трезвое «Я»...**

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

5.

---

6.

---

7.

---

8.

---

9.

---

10.

---

Когда я думаю о своем трезвом «Я», я чувствую...

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

5.

---

6.

---

7.

---

8.

---

9.

---

10.

---

Теперь переходи к предложению, которое начинается: «Мое трезвое „Я“...» и закончи его как можно быстрее, как минимум десять раз. Вот что написал Евгений:

«Мое трезвое „Я“...»

1.скромное

2. теплое

3. заботливое

4. трезвое

5. в контакте с Высшей силой

6.творческое



7. снисходительно к моим ошибкам и слабостям
8. способен обратиться за помощью
9. желает и имеет возможность помогать другим
10. вступает в отношения с другими людьми

А сейчас переходи к предложению, которое начинается: «Когда я думаю о своем трезвом „Я“, я чувствую...» и запиши свои ответы. Евгений написал следующее:

«Когда я думаю о своем трезвом «Я», я чувствую:

1. теплоту
2. заботу
3. комфорт
4. вину – мне не стоило так долгоупотреблять
5. небезопасность – я не уверен, что могу оставаться таким всегда
6. усталость
7. я не знаю, что я чувствую
8. злость
9. это глупо
10. почему я не могу испытывать добрых чувств к своему трезвому «Я»?». Ниже еще один пример домашнего задания с описанием проявлений обеих частей.

## **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №6**

Иван, 23 года получил домашнее задание от психолога. 10 проявлений зависимой и трезвой части. Приводим фрагменты этой работы.

### **Зависимая часть**

1. Однажды у меня болел зуб (ущербность, жалость к себе, печаль) и было плохое настроение, преходящее в уныние. Я не пытался выйти из этого состояния. В результате на ЖКС я разводил себя, что не могу ничего писать и посещать группы (разочарование, жкс, уныние). Но сейчас я понимаю, что это было проявление моей болезни, которая мешала мне работать по программе.

2. Однажды я разговаривал со старшим психологом (радушие, довольство, благодарность). Мы говорили про фестивали, и мне очень хотелось показаться крутым в его глазах (возбуждение, подъем духа, беспокойство). В результате, я наврал ему, что был на куче фестивалей, хотя сам всего только один раз там побывал (ущербность), но сейчас я понимаю, что нечестность свойственна зависимой части, а врал я из-за низкой самооценки (сожаление, раскаяние, надежда).

3. Однажды, мне дали домашнее задание «самоуверенность». Мне сложно было выделить мою самоуверенность в выздоровлении. Я боялся написать неправильно (беспокойство, неуверенность, раздражительность). В результате, я все время откладывал эту работу на потом, занимался чем угодно, лишь бы не писать. Но сейчас я понимаю, что не давал себе права на ошибку из-за своего перфекционизма и занимался прокрастинацией (откладыванием на потом, как узнал из лекции руководителя отделением). А это проявление зависимой части (сожаление, раскаяние, ущербность)

### **Трезвая часть.**

1. Честность. Однажды я пришёл на сдачу д\з без готовой работы (нерешительность, неуверенность, беспокойство). На группе сначала было знакомство и итоговая работа. Я знал, что могу не успеть сдать, но скажу, что готов. В результате я сказал правду и получил последствия (облегчение, искренность, довольство собой). Сейчас я понимаю, что честность – это одно из самых важных проявлений трезвой части и если я буду оставаться честным всегда, у меня получится быть трезвым.

2. Однажды я захотел проработать свой страх оценки (воодушевление, неуверенность, волнение). Я выдвигал на старшую группу эту тему, советовался с ребятами, и в итоге мне психолог предложил сделать презентацию себя перед группой. Я сомневался, хочу ли я это делать, но все равно согласился (страх, тревога, нерешительность). В результате, я выступил перед всеми и понял, что этот страх только лишь у меня в голове (облегчение, озарение). Теперь я понимаю, что желание выздоравливать

должно подкрепляться действиями».

В этом плане внедрение схема-терапии, третьей волны когнитивно-поведенческой психотерапии, в реабилитационный процесс (рис.12) оказалось весьма полезным для изучения формирования структуры «зависимого Я» и возможности в кратчайшие сроки научиться понимать как «зависимая часть» их личности способствует личной и социальной неуправляемости. Как известно, «дефекты характера» возникают в результате блокировки потребностей и дефектов воспитания в детстве – отсюда появление таких режимов или субличностей как «брошенный ребенок», «разозленный ребенок», «импульсивный ребенок», «недисциплинированный ребенок. Я-состояние «брошенный ребенок» включает в себя защитный процесс интроекции, «разозленный ребенок» – самостабилизацию за счет защитного процесса проекции. Лица с пограничным расстройством личности переключаются между состояниями «брошенный ребенок» и «разозленный ребенок» и – таким образом активно реализуют защитный процесс расщепления.

Так, например, у Ивана, 25 лет, запуск режима «импульсивного ребенка» и включение дезадаптивной защиты «отстраняющегося самоуспокоения» (прием ПАВ) произошло в результате активации схемы «Все должно быть стильно сынок». Пациент через несколько месяцев после реабилитации «сорвался», забыв о программных рекомендациях, поддавшись «провокации отца» с нарциссическими установками на жизнь (стильная одежда, машинки, девочки).

Дисфункциональные родительские режимы «требовательный родитель», «карающий родитель» могут быть направлены как на самого пациента (например, самоповреждения), так и вовне. «Саморазрушительное мышление», «внутренний модус наказания» реализует защитный процесс идентификации с агрессором, который трансформирует наносящие вред мысли и переживания значимого человека в собственные разрушительные мысли и чувства.

На рисунке показана исследование зависимой части с ис-

пользованием схемы-терапии у пациентки. «Внутренний критик» (кукла бабки) периодически перемещается по всем «внутренним» детям.



**Рисунок 12. Изучение трезвой и зависимой части с использованием схемы-терапии**

«Зависимая часть» разрушает самосознание пациентов. У пациентов с нарциссической структурой личности важно воспитывать рефлексивные навыки в домашних заданиях.

### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №7**

Приводим выдержку из домашнего задания пациента М., 28 лет с игровой зависимостью. Мое самосознание. До выполнения задания курирующий психолог разобрал элементы самосознания, представленные на плакате (рис.13)

**Нозогнозия (принятие болезни).** Я полностью принимаю свою болезнь и описываю её как нечто импульсивное, злое, непредсказуемое, неуправляемое и бесконтрольное. Чтобы принять свою болезнь, я долго думал и размышлял. Меня не оставляли мысли, что я могу справиться сам. Увы, не получилось. Но отношение у меня к ней как к аппендициту — его вырезали и — больше не болит, то же хочется найти по отношению к своим играм.

Границы. Я всегда с легкостью, не задумываясь, нарушал границы людей и также легко позволял нарушать свои. Папа всегда нарушал мои границы, и я не мог этому сопротивляться. Он часто переходил на крик в разговоре со мной и подавлял мою волю (испуг, боязнь, безнадежность). Лишь пример с моим нежеланием поступать в медуниверситет чего стоил! Я постоянно нарушал границы моей любимой жены. Я пытался запретить ей общаться с подругами, ревнуя её к каждому столбу, пытался навязать ей свою волю. По отношению к другим людям я легко предавал или проявлял сарказм, даже обидев человека, не думаю об этом (сомнение, злорадство, искренность).

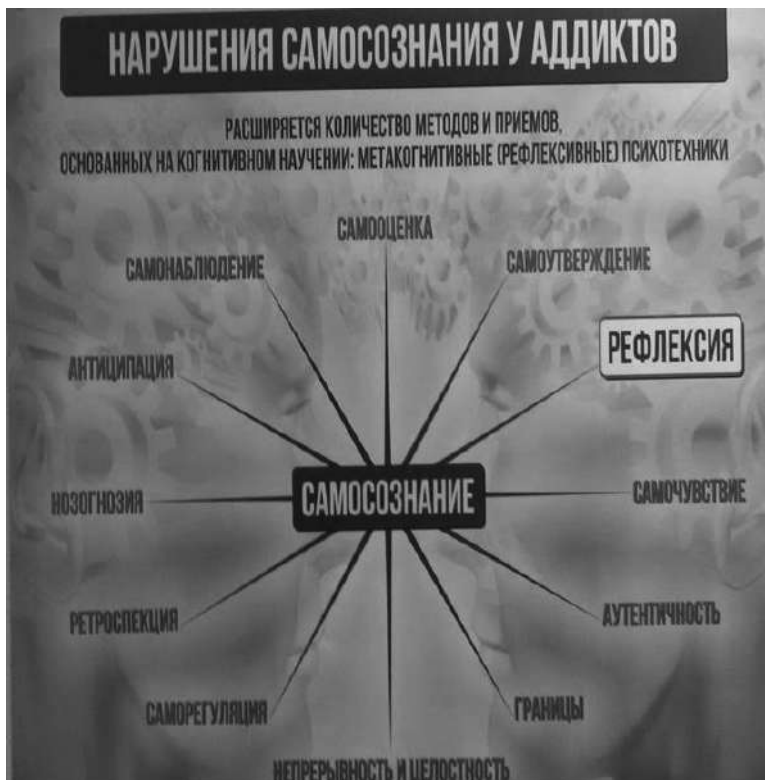


Рисунок 13. Плакат «Нарушения самосознания у аддиктов»

### ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

На всех этапах реабилитации пациент включен в процесс поведенческой терапии. При нарушении правил и режима отделения (курение в неположенных местах, несвоевременная сдача домашних заданий, невыход на групповые мероприятия) предусмотрена система штрафов в виде лишения звонков, возможности выходить на прогулки, пользоваться личными деньгами из сейфа, при систематическом нарушении режима отделения,

пациент переводится на индивидуальный режим или выписывается за нарушение режима. В таблице 10 представлены основные виды нарушений и их последствия.

Виды нарушений	Дисциплинарные меры
Курение в неположенных местах	При первом нарушении – предупреждение При втором – лишение возможности производить звонки, распоряжаться личными деньгами из сейфа, лишение прогулок сроком на 1 день При третьем нарушении - срок последствий удваивается При пятом нарушении – изоляция в специально отведенной палате до принятия психологом анализа поведения (минимум 2 суток)
Невыполнение программных требований отделения и режима отделения, в том числе сон на группе и невыполнение режима отбоя.	При первом нарушении после окончания карантина – лишение звонков и прогулок сроком на сутки В случае повторного нарушения – последствия удваиваются В случае хронического нарушения программных требований - изоляция в специально отведенной палате до принятия психологом анализа поведения (минимум 2 суток)
Сексуальные отношения между пациентами (нахождение в одной кровати пациентов противоположного пола, пребывание в чужой палате без одежды)	При первом нарушении – лишение звонков и прогулок сроком на 5 дней При повторном нарушении - изоляция в специально отведенной палате до принятия психологом анализа поведения (минимум 2 суток)
Открытый протест против программных мероприятий	Изоляция в специально отведенной палате до принятия психологом анализа поведения (минимум 2 суток)
Пронос, хранение запрещенных вещей в отделении (телефон, деньги, психотропные препараты, любые виды ПАВ, включая алкоголь и энергетические напитки, колюще-режущие предметы)	Изоляция в специально отведенной палате до принятия психологом анализа поведения (минимум 2 суток) или перевод в другое отделение. Коллективная ответственность на палату в случае обнаружения в палате (не на теле)
Употребление ПАВ на отделении	Перевод на острое отделение с последующим возвращением по индивидуальному маршруту с обязательным написанием анализа срыва после консилиума специалистов
Попытка побега	Перевод на другое отделение с последующим возвращением по индивидуальному маршруту с обязательным написанием анализа срыва
Проявление прямой вербальной и физической агрессии по отношению к пациентам отделения и персоналу	Изоляция в специально отведенной палате до принятия психологом анализа поведения (минимум 1 сутки). При



	отказе писать анализ поведения и продолжающейся агрессии – перевод на острое отделение с последующим возвращением по индивидуальному маршруту после консилиума специалистов
Употребление нецензурной лексики	Пациент мужского пола отжимается 10 раз, пациент женского пола 10 раз приседает

**Таблица 10. Нарушение дисциплины и последствия**

Примечание 1. Для пациентов, находящихся на карантине, при любых нарушениях и невыполнении программных требований, он может быть продлен на неопределенный срок

Примечание 2. Прогулки пациентам разрешаются после 14 дней пребывания на отделении при отсутствии последствий и проводятся в утренние часы в сопровождении психологов.

Примечание 3. Спортзал открывается только с 18.00 до 19.00

Примечание 4. При несвоевременной сдаче плеера последствия: невыдача плеера на сутки при первом нарушении, при каждом последующем нарушении к предыдущим последствиям прибавляются 1 сутки. При пятом нарушении лишение плеера на неделю.

В случае множественных нарушений применяется прием поведенческой терапии «пенальти», когда пациент на один-два дня изолируется от группы, чтобы привести в порядок свои чувства и поведение.

Дорогой друг, и вот ты попал в VIP палату!  
Из чего можно сделать предположение, что ты что-то делаешь не так, и тебе нужно время, чтобы подумать и проанализировать своё поведение на реабилитации, мотивы и цели в жизни.  
И чтобы помочь тебе разобраться, мы предлагаем написать «АНАЛИЗ СВОЕГО ПОВЕДЕНИЯ»

## «АНАЛИЗ СВОЕГО ПОВЕДЕНИЯ»

**Эта методика служит для усиления рефлексивных способностей пациента и принятия ответственности за выборы и решения**

Эта работа включает в себя три части.

Часть первая: (что было?)

Постарайся описать твои действия (или бездействия), которые привели к тому, что ты свернул с пути выздоровления, не упуская даже малозначительных вещей на твоё усмотрение.

Какие дефекты характера отражали твоё поведение: своеволие; лень; нечестность; жадность; эгоизм; эгоцентризм; обидчивость, мстительность, осуждение; оскорбления; неуважение; манипуляции; праздность; уныние; жалость к себе.

Как проявляло себя при этом «Зависимое Я» (внутренний диалог: мысли, убеждения)

Как проявляло себя «Трезвое Я».

Происходила ли борьба мотивов.

Опиши мысли и чувства за это время.

Подойди к выполнению этой части задания максимально честно и подробно. Какими мыслями разрешал, какими запрещал, какими себя оправдывал (описать состояние «торговли» внутри себя).

Опиши своё поведение в виде изложения.

Часть вторая: (что есть?)

Напиши, что чувствуешь по этому поводу сейчас?

Что думаешь по этому поводу сейчас?

Какие сложности в себе увидел?

Каковы последствия твоих действий?

Часть третья: заключительная (что буду делать?)

Написав эту работу, обобщи, что собираешься делать в дальнейшем,

как и что будешь менять в себе и своём поведении?

Напиши подробные и конкретные действия!!!

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №8

### Анализ поведения

1. После того как на «Добром вечере» я получил замечание от психолога за разговоры с Г. и продолжил это делать, мною был получен недвусмысленный намёк, что за свое поведение мне будет поставлено последствие. Сразу после окончания занятия я подошёл к психологу уточнить, правильно ли я всё понял, на что был получен утвердительный ответ. На мой вопрос, почему только я получил последствие, хотя разговаривали и другие члены группы, мне было разъяснено, что сделал я более дерзко, чем остальные, что и вызвало раздражение психолога. Услышав данное объяснение, я почувствовал безвыходность ситуации, вскипел, кинул тетрадь на стол, нецензурно выругался в адрес психолога и сильно ударил кулаком в стену и удалился в свою палату.

В данной ситуации проявились мои дефекты характера: своеволие, агрессивность, несдержанность, безответственность, неуважение к старшим, а также моя гордыня и хамство по отношению к противоположному полу, психологу-женщине. Моя «трезвая часть» осознавала, что заслуженно получил последствие и должен понести за это ответственность, в то время как моя «зависимая часть» испытывала обиду за то, что последствие получил только Я. В этом «она» увидела несправедливость и двойные стандарты и хотела дать выход обиде в виде агрессии по отношению к женщине-психологу. Борьба мотивов отсутствовала, меня переклинило, и я согласно старым моделям поведения поддался импульсу и сделал, что хотел. Мысли были отомстить Е.А., обидев её. Я чувствовал злость, обиду и агрессию.

2. Сейчас по поводу ситуации испытываю злость, досаду и обиду, а также вину и сожаление.

Думаю, чтобы мог сдержаться, вспомнить о субординации и увидеть свою ответственность в инциденте и осознать справедливость полученного последствия. Сложность вижу в своей

импульсивности и отсутствии доверия к некоторым действиям специалистов, а также в своём эгоизме. За содеянное получил последствие и анализ поведения.

3. В дальнейшем планирую пересмотреть свое отношение к правилам, вспомнить, что я не особенный и правила как и ответственность за их нарушения едины для всех, видеть и нести свою ответственность за свои действия, брать паузу, проявлять должное уважение и не нарушать субординацию по отношению к специалистам, останавливать себя в моменте, не действовать на импульсе, а также конструктивно выражать свою злость.

**Помни что время, проведённое на реабилитации, не гарантирует тебе трезвость, но у каждого есть шанс!!!**

### **ЭТАП «ОГРАНИЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ» И ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ СОВЛАДАНИЯ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЛЕЧЕНИЕМ К ПАВ (15– 60 ДНЕЙ)**

На данном этапе акцент делается на выявление и коррекцию дефектов характера, актуализацию ресурсов выздоровления, разрешение внутри- и межличностных конфликтов, формирование совладающих механизмов, гармонизацию семейных отношений, вопросы дальнейшей социальной адаптации, профилактику срыва и распознавание его предвестников. Необходимо проработать иррациональные установки, дезадаптивные личностные схемы и паттерны поведения, поддерживающие аддикцию, осознать психологические защиты зависимости (см. Приложение 7), сформировать границы безопасности, овладеть навыками совладания с «тягой».

Пациент:

Ежедневно принимает участие в динамической психотерапевтической группе.

Приходит глубинную индивидуальную психотерапию в сочетании, с когнитивно-поведенческой и экзистенциальной психотерапии.

Участвует в тренингах повышения, асертивности, социальной компетентности, коммуникативных тренингах.

Выполняет домашние задания по индивидуальной программе «Психологические особенности зависимости», которые способствуют усилению рефлексии пациента, пишет «фокусы дня», что способствует формированию наблюдающего Я и сдает их на группах самораскрытия.

Проходит семейную психотерапию (еженедельные сессии с членами семьи).

## **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ**

Индивидуальная терапия с зависимыми делает акцент на ментализации – умение видеть себя извне, нивелировать непонимание связи между своими переживаниями и проявлениями зависимости, между своим поведением и поведением окружающих. Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и поведение.

### **Мишени, затрагивающие индивидуально-психологические особенности пациента**

Непонимание пациентом и семьей причин и механизмов болезни

Низкая способность (недостаточность) к рефлексии

Недостаток осознания характера своих отношений

Внутриличностный и межличностный конфликт

Конфликты, сохраняющиеся в течение длительного времени, например, зависимости либо автономии, конфликты, связанные с самооценкой

Эмоциональное напряжение во время сессий

Психологические защиты, особенно отрицание

Недостаточная интеграция нового опыта

Недостаточная мотивация к реабилитации

Дефекты характера (перфекционизм, своеволие) (рис.12)

Помощь в выполнении домашних заданий

Созависимые отношения

Ненависть к объекту

Страх потери объекта

Вина перед значимым объектом

В таблице 11 представлены примерные задания, назначаемые личным психологом.

№	Название работы	число	подпись
1	50 обид за всю жизнь		
2	Страхи: чего я боюсь		
3	Что мешает мне строить близкие отношения, 10 конкретных примеров.		
4	Вина: 50 примеров за всю жизнь		
5	Стыд: 30 примеров из жизни		
6	25 секретов. То, что я никому не рассказывал (а)		
7	10 секретов с реабилитации		
8	Как я использую ложь, что это мне даёт, 10 примеров		
9	Отношение к заболеванию		
10	Как я использовал(а) взаимоотношения, чтобы уходить от себя		
11	Отношения на реабилитации		
12	Отношение к себе, какой Я, по одному примеру к каждому качеству		
13	Когда со мной поступали в детстве несправедливо: 10 примеров		
14	Письмо родителям (которое они не прочтут)		
15	20 примеров потери самоуважения		

**Таблица 11. Индивидуальные задания, назначенные личным психологом (могут сдаваться как индивидуально, так и на группе)**



**Рисунок 14. Дефекты характера**

Даже после окончания любой программы пациенты должны понять, что их выздоровление не заканчивается (фазы выздоровления можно найти в доступной литературе). Для многих зависимых выздоровление – это процесс длиною в жизнь, требующий постоянной работы над собой и внимания к внутренним процессам и внешним обстоятельствам. Поэтому выписка пациента должна производиться особо тщательно.



Лечащий врач принимает решение о переводе пациента на амбулаторный режим/реабилитационный центр длительного пребывания, основываясь на клинической динамике (стабилизация психоэмоционального состояния, отсутствие компульсивного поведения), наличие условий для амбулаторного прохождения этапа реабилитации (готовность семейной системы), докладе психологов отделения реабилитации о выполнении им основной части программ, включающей в себя следующие компоненты.

Выполненные мотивационные домашние задания

(причины, здоровье, семья, работа, учеба, другие родственники и знакомые, финансы);

Прослушанные лекции и проработанные в домашних заданиях психологические защиты «отрицание и рационализация»;

Прописанные в домашнем задании границы безопасности.

Составленный самостоятельно и принятый индивидуальным психологом «Кризисный план»;

Зачтенная итоговая работа: «Каким я пришел на отделение реабилитации, что во мне изменилось, с чем ухожу»; Письменная итоговая работа пациента служит как подведением итогов, так и способом оценить осознание и понимание им дальнейших шагов по исправлению своей жизни.

Прописанный план дальнейшего лечения.

За несколько дней до перевода с пациентом и семьей заключается семейный договор (Приложение 10), в котором учтены все необходимые требования данного режима.

Индивидуальный подход предполагает перевод некоторых пациентов на амбулаторный режим или направление в другие, сертифицированные Центры.

Приводим примерный список вопросов, которые должен

осветить пациент в кризисном плане:

(напиши 5 триггеров, которые могут привести к срыву и 5 совладающих приемов)

Типы кризисных ситуаций и примеры

**Непредвиденный триггер**

«Не смог поехать на работу, так как плохо себя чувствовал, а меня уволили»; «Внезапная болезнь и смерть матери»; «Мать, живущая в другой стране, каждый телефонный звонок ругает нашу страну»

**Социальное отделение**

«Проблемы с женой, подала на развод и запретила видеться с детьми»; «Бывшие друзья не понимают моих новых установок»

**Проблемы на работе и в личной жизни**

«Получил несправедливый нагоняй от начальства»; «Поругался с девушкой», «У нас не было детей, анализ показал, что у меня мало сперматозоидов»

**Новые ситуации**

«Сменил работу, но никак не могу прижиться в новом коллективе»; «По настоянию родителей переехал в другой район и потерял всех старых друзей», «Ребенок родился с дефектом»

**Новые обязанности**

Узнал о беременности жены, это привело к сильному стрессу. Я пока не готов становиться отцом»; «Родители попросили съехать из их квартиры и жить самостоятельно»

**Экзистенциальный триггер**

«Меня стало тошнить от моей работы»

Назови трех людей, с которыми ты сможешь поговорить, если теряешь контроль, впиши их имена и телефоны в свою тетрадку;

если я чувствую приближение срыва, следует осознать:

ГДЕ, КОГДА, С КЕМ

ЧТО ДЕЛАЮ

ЧТО ДУМАЮ

ЧТО ЧУВСТВУЮ

КАКИЕ СОВЛАДАЮЩИЕ ПРИЕМЫ ИСПОЛЬЗУЮ.

В случае срыва ты согласен провести следующие действия в течение 24 часов (впиши и свои пункты):

1.Посетить группу НА\АА

2. Позвонить спонсору или или личному психологу.
- 3.Позвонить своему лечащему врачу и пройти программу «Анализ и профилактика срыва»

В домашних заданиях закрепляется понимание пациентами схем и модусов функционирования через перевод проблем в термины режима (табл.12)

Опишите проблему, над которой надо работать	Возобновление употребления ПАВ
Какая потребность задействована в этой проблеме?	Знать, что я любим
Как задействован режим уязвимого ребенка?	Я чувствую обиду, когда мой партнер меня не понимает
Задействован какой-либо другой детский режим?	Я злюсь и хамлю
Вовлечен ли режим Взрослого?	нет
Включен ли режим Родителя?	Мой внутренний критик говорит мне, что я «унылое говно»
Какие нездоровые механизмы совладания вы включаете?	Я не разговариваю с ней, иногда впадаю в депрессию
Опишите действия, которые вы совершаете на триггер, конфликт	Иногда напиваюсь, были передозировки, чтобы заглушить боль

**Таблица 12. Пример перевода проблемы в термины режима**

Как видно из этой таблицы, взрослый режим не включается в ответ на триггер, следовательно, пациенту надо постараться его найти и привести примеры «здоровых» альтернатив.

Важным этапом реабилитации является профилактика рецидива. И здесь схема-терапия может быть полезна. Приведем один из наших методических приемов. Пациента просят определить два-три ведущих триггера из нескольких кризисных ситуаций (табл.13)

**Таблица 13. Примеры кризисных ситуаций срыва**

## **Типы кризисных ситуаций**

### **Примеры пациента**

#### **Непредвиденный триггер**

Не смог поехать на работу, так как плохо себя чувствовал, а меня уволили

#### **Социальное отделение**

Проблемы с женой, подала на развод и запретила видеться с детьми; Бывшие друзья не понимают моих новых установок

#### **Проблемы на работе**

Получил несправедливый нагоняй от начальства

#### **Новые ситуации**

Сменил работу, но никак не могу прижиться в новом коллективе

#### **Новые обязанности**

Узнал о беременности жены, это привело к сильному стрессу. Я пока не готов становиться отцом»

#### **Экзистенциальный кризис**

Меня стало тошнить от моей работы

Затем, используя следующий трафарет (рис.15) в качестве домашнего задания, пациента просят заполнить его, обратив внимание на режимы, которые он использовал ранее и на здоровые режимы.



**Рисунок 15. Анализ здоровых и дисфункциональных режимов**

Такое сравнение помогает пациенту отойти от старой модели поведения. Естественно, он может использовать после выписки и другие инструменты профилактики рецидива, которые были озвучены на психообразовательной лекции.

**В итоговой работе пациент приводит примеры динамики своего выздоровления.**

### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №9**

#### **Итоговая работа реабилитанта Максима, 28 лет.**

Начну с того, что, обратившись в центр «Бехтерев» я испытывал психическое расстройство, связанное с употреблением ПАВ. Сначала я находился на предреабилитации, где получал комплекс неврологических капельниц, я думал, что этого будет достаточно для моего выздоровления, но оказалось, что нет. Перейти на реабилитацию мне предложил руководитель отделения Сергей Александрович, и я согласился.

Первое время я не понимал, что я тут забыл, люди, группы, религия и лекции, мне все происходящее казалось сектой.

На первых порах я испытывал сильную тягу, меня просто выворачивало, трясло, я не знал, как с ней справиться.

Мой замкнутый характер не позволил сразу влиться в коллектив, мне было сложно, двумя неделями моя адаптация не ограничилась. Все еще усугублялось тем, что врачи не могли подобрать соответствующую терапию для меня. Я реально мучился, мне было сложно ходить на группы, собираться с ребятами. Единственной поддержкой был мой личный психолог Юлия Владимировна.

Потом из отпуска вышел Дмитрий Александрович, который для достижения необходимого результата переменял 4 терапии, сейчас я также получаю медикаментозную поддержку, которую я буду получать еще, как минимум, полгода. Вообще, я хотел бы сказать большое спасибо Дмитрию Александровичу, я был..... этой клиники, и то, что Дмитрий Александрович поставил меня на ноги — это титанический труд.

Психологически меня поддерживала Юлия Владимировна, помогала мне раскрыться, и я сразу понял, что между нами должны быть честность и доверие.

Более-менее хорошо я начал чувствовать себя к концу первых 45 суток, я научился справляться с тягой, мое тело начало забывать употребление (но все еще мучали мысли о).

До реабилитации я был замерзшей глыбой льда, я вообще не разбирался в себе, не умел идентифицировать свои чувства, не любил себя и все, что я делаю. Я совсем не ценил себя, жил по понятию «не верь, не бойся, не проси», я думал, что могу жить в употреблении, контролировать дозу.

Но на одном занятии в младшей группе Антон Богданович сказал, что это понятие «не верь, не бойся, не проси» — «херня, херня» — он повторял, и мне это запало в душу, я начал меняться, теперь мое понятие звучало «верь, бойся, проси». Верь психологам, ребята, ведь только при доверии возможно выздоровление. Бойся своей болезнью, коварной болезнью, учись с ней

жить, принимать всю жизнь ее. Проси, проси помощи, убери свою гордыню и умей просить.

На реабилитации я научился идентифицировать свои чувства, выражение которых избавило меня от головных болей, я реально думал, что это всё чушь про психосматику, но на собственном опыте я убедился, что это не так.

Вообще я не сразу научился выражать свои чувства, я и сейчас это делаю неловко, но я точно теперь знаю, что копить их в себе не стоит.

Я начал быть более открытым, дружелюбным, я начал общаться с людьми, научился слышать людей, чему способствовали утренние группы, коммуникативки, тренинги.

Еще что дала мне реабилитация, это любовь к самому себе, я начал заботиться о себе, быть более внимательным к себе, чего у меня не было в употреблении, я начал чаще смотреться в зеркало, чего ранее не делал.

На реабилитации я признал свое бессилие перед наркотиком и ситуацией, в которой я оказался. Раньше я даже такого понятия «бессилие» не знал, впрочем, оно не было даже нужно, я думал, что силен в любой ситуации, особенно перед наркотиком. Как я заблуждался, я находился на коротком поводке наркотика с надетым намордником, чтоб не мог откусываться. Здесь, на реабилитации, мне помогли, указав, что я — марионетка в руках наркотика; что помогает мне выстраивать свои дальнейшие действия.

Своеволие — моя коварная привычка, которую пришлось быстро пресечь, хотя не полностью, иногда все же позволяю себе своевольничать. Действовал строго по рекомендации психологов, и это дало свои результаты.

В течение всей реабилитации палки мне в колеса вставлял мой перфекционизм — внешнее стремление к совершенству во всем. Я выполнял домашние задания через черновик в нескольких вариантах, но позже мне объяснили, что это мой дефект характера, и сейчас я научаюсь с ним уживаться.

На реабилитации я начал понимать, что я говорю, как разво-

жу себя на употребление, чему способствовала проработка второй тетрадки реабилитанта, работа на группах.

На реабилитации я получил четкую мотивацию к выздоровлению, помню, как сдавал работу «Моя семья», которую сдал только со второго раза, в тот момент у меня текли слезы рекой за то, что я сделал и не сделал для своей семьи; работу «Здоровье», которая показала, что в свои 28 лет я «угробил» свой организм, заработал проблемы с печенью, порубил свою голову на мельчайший винегрет. Написав работу «Работа, учеба», я понял, что стал «чужим среди своих» на работе, чему способствовала наркотическая блокада меня от трезвых людей, в работе «Друзья», которая показала, что я вовсе не в силах контролировать окружающих меня друзей и вообще окружающих меня людей.

Еще одно из достижений на реабилитации, это то, что я начал спать своим сном, без медикаментов, я не спал своим сном на протяжении нескольких лет, все время под транквилизаторами, а сейчас, представьте, своим сном. Еще раз скажу спасибо докторам: Дмитрию Александровичу и Леониду Сергеевичу.

На реабилитации я изучил свое тело, так, например, я реже нагружаю спину, что может спровоцировать тягу, при закрытых глазах у меня не мигают глаза, за это я хочу сказать спасибо Софье Борисовне, занятия и рекомендации которой привели к этому результату.

В заключение хочу сказать спасибо всем психологам отделения реабилитации за поддержку, опыт, доверие.

Отдельное спасибо Юлии Владимировне за поддержку, за то, что опекала меня на протяжении всего срока реабилитации; за то, что помогла мне психологически, и не только мне, но и моим родителям.

Спасибо Дине Кабдуловне, Дмитрию Александровичу, Леониду Сергеевичу за медицинскую помощь; за то, что со всей душой отнеслись ко мне.

Спасибо ребятам за доверие, поддержку, понимание; за то, что были в моей жизни.



Спасибо.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №10

**Итоговая работа Дениса, 26 лет.** Первые 10 дней на реабилитации все мои силы уходили на то, чтобы сдерживать злость. Я с трудом выполнял программу, ломал голову над ДЗ и привыкал к режиму. Когда удалось обжиться, стали появляться силы. Мне необходимо было знать свои перспективы. Меня пугали разговоры о длительной реабилитации. Я сообщал информацию, и выяснилось, что родители и семейный психолог уже решили мою судьбу, но для меня это было неприемлемо. Я предвзято относился к терапии, думал при этом, что знаю все сам, просиживал штаны на группах и засмеивал все происходящее. Но все же страх перед длительной реабилитацией, домашние задания, общение с группой, а главное трезвость, сделали свое дело – появилась заинтересованность, вопросы. Я начал копаться в себе. Зародились сомнения. На одной из старших групп пришло озарение, посмотрел правде в глаза, я осознал, сам не смогу бросить ПАВ. А бросить хотелось, — и начать выздоровление. Я пересмотрел свое отношение к людям и принятию помощи. Сначала прошла злость, но я не понимал как себя вести. Мне было трудно меняться, но я чувствовал, черт возьми, любовь. После тренинга с Антоном Богдановичем (психолог РБ – прим. С.А.) я осознал, что всю жизнь плелся за стадом, а теперь мне дается возможность идти другой дорогой. Пусть это тяжело и кажется невозможным. Но когда я видел людей, которые делают это день ото дня, меня переполняла радость и гордость за них. Мне хотелось быть с ними. Мне хотелось стать самим собой. В сознании выплывали вещи, страшные, темные пятна моей жизни, которые грузом лежали на мне. Что-то я смог проговорить, но предстоит еще много работы. Я научился верить, но не смог открываться. Каждое утро начиналось со слов: «Я бессилен перед своей зависимостью», — и это приносило смирение. Тяжелее всего было работать с дефектами характера. Для начала их нужно было признать. И убедить

себя, что это именно тот дефект, который надо вырезать, а не тот, что помогает выживать. Здесь я поверил, что можно именно жить, радоваться, а не существовать без любви, надежды и веры. Я ясно увидел своё дно, это была чёрная, холодная пустота внутри. Потом появились новички, которым нужна была поддержка, и когда я делал добро, стал больше уважать себя. Тогда я понял, что мне нужно в жизни. Ради этого я готов выполнить все рекомендации и не обесценивать труд людей, которые верят в меня. Спасибо!

Индивидуальный психолог, вне зависимости от состояния пациента осуществляет телефонный мониторинг еженедельно, включая разговор с родителями, в течение 2-х месяцев после выписки, в дальнейшем, в зависимости от состояния пациента. Если пациент продолжает лечение в Медицинском Центре «Бехтерев», мониторинг осуществляется 2 раза в месяц в течение года, если находится в другом реабилитационном центре длительного пребывания, в течение 6-ти месяцев проводится ежемесячный телефонный мониторинг.

Мы вручаем также памятку выписываемому пациенту из стационара, примерно следующего содержания.

### **Памятка**

1. Не используй вещества, изменяющие состояние сознания. Любое из них может прекратить выздоровление.
2. Помни, что аддикция – это хроническая болезнь.
3. Тренируй позитивное мышление и выбирай поведение, которое предохраняет от употребления.
4. Разрабатывай ежедневный и еженедельный план выздоровления. Помни, что успешное выздоровление немислимо без плана.
5. Лови предупреждающие сигналы срыва и имей наготове совладающие приемы.
6. Выздоровление – активный процесс личностного роста. Пассивность приводит к срыву.
7. Изучай фазы выздоровления. Выздоровление – развивающийся процесс, продвигающийся от одной к другой фазе.
8. Изучай природу зависимостей и выздоровления.
9. Ищи индивидуальные способы для заботы о себе и своем эмоцио-

| нальном состоянии.

## **ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ**

Основная цель психосоциального сопровождения – профилактика рецидивов, анализ «срывов» и «работа над ошибками», направленные на формирование более эффективной стратегии выздоровления у пациента. На этом этапе пациент после выписки работает с социальным работником – «проводником» по индивидуальному плану.

Психологическое сопровождение это оказание содействия лицу, прошедшему стационарный этап реабилитации и направлены

на полноценную социальную реинтеграцию,  
формирование  
устойчивых личностных и социальных связей,  
возвращение к полноценной  
жизни, включая систематическое наблюдение для  
своевременного выявления  
степени социальной адаптации, а также оказания,  
при необходимости,  
социальной и психологической помощи.

На момент выхода с реабилитации составляется план и цели продолжения лечения совместно с личным психологом, заключается договор с правами и обязанностями пациента. На основе этого договора и строится дальнейшая работа с пациентом. Стандартно в работу входит:

ежедневное написание самоанализа пациентом  
ежедневный коррекция психо-эмоционального  
состояния с  
использованием современных средств  
коммуникации  
индивидуальные консультации с психологом,  
согласно договорённости со специалистом.  
обязательное посещение групп взаимопомощи (А/  
А, N/A и т.д.)  
помощь в кризисных, сложных ситуациях  
при необходимости повторная госпитализация  
на программу  
профилактики срыва  
контроль над соблюдением семейного договора  
пациентом и его родственниками

**NB.!**Мы рекомендуем пациентам скачать ряд приложений на телефон из Google Play: NA Recovery Companion (помощник, созданный для ежедневной поддержки выздоравливающего зависимого, содержит самоанализ и необходимые материалы для выздоровления), а также медитации и аффирмации.

## **АМБУЛАТОРНАЯ ПОСТЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА**

Амбулаторная программа рассчитана на пациентов, прошедших основной курс реабилитации центра «БЕХТЕРЕВ» (не менее 45 дней).

Программа подразумевает 81 час групповой работы, в течение 3 месяцев. Группа проходит 2 раза в неделю. Занятие для родственников – 1 раз в неделю. Индивидуальное консультирование – не менее 1 раза в неделю. По необходимости и по рекомендации личного специалиста – ежедневное консультирование по телефону от 30–40 минут, с чтением самоанализа и обсуждения острых проблем.

Прохождение данной программы подразумевает индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом его индивидуаль-

ных особенностей.

**Цели:**

Стабилизация личности в условиях социальной жизни (семья, друзья, учеба, работа)

Постепенная интеграция в социум личности, прошедшей реабилитацию (со знанием о заболевании) и применением опыта, полученного на РБ, в социуме

Помощь в решении кризисной ситуации и продолжения психо-коррекционной работы, как в группе, так и индивидуально

Работа с родственниками

**Задачи:**

Анализ и выделение актуальной проблемы и проработка ее в формате динамической психо-динамической группы.

Перенесение опыта с РБ и формирование привычки, обращение за помощью в кризисных ситуациях.

Подведение итогов недели (рефлексивная психотехника).

Продолжение работы с формированием актуальных целей и планированием способов их достижений.

Получение коммуникативных навыков через тренинги.

Прослушивание информационного блока через лекции на актуальные темы в контексте болезни зависимости и личностного роста пациента.

Помощь в составлении резюме для последующего трудоустройства.

Работа с родственниками для решения трудностей и выстраиванием конструктивных отношений между пациентом и родственниками в рамках групповой терапии с ведущим специалистом, индивидуальных и семейных сессий.

Индивидуальное сопровождение пациентов с личным специалистом через ежедневные телефонные консультации и личные встречи не реже, чем раз в неделю.

Восполнение утраченных ценностей и духовных аспектов в жизнедеятельности пациента, как неотъемлемая часть жизни человека.

Когнитивно-поведенческая терапия.

Контроль трезвости через тестирование пациента.

Учитывая диагнозы пациентов, в анамнезе у которых имеются хронические заболевания, предусматривается сопровождение врачами.

Приобщение к группам взаимопомощи NA, AA.

## **Методы**

Групповая терапия

Коммуникативные тренинги

Лекционные блоки

Индивидуальные и семейные сессии

Осмотр врачей (по необходимости)

Телесно-ориентированная терапия

Контроль сдачи анализов

Посещение групп взаимопомощи NA, AA

## **РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ В ЗАГОРОДНОМ ЦЕНТРЕ**

Загородный центр психологической коррекции и реабилитации пациентов с различными видами зависимостей и другими личностными расстройствами (в т. ч. депрессивными, невротическими) «Навигатор» был открыт 9 августа 2013 года благодаря инициативе команды специалистов медицинского центра «Бехтерев». Все наши сотрудники работают и в клинике «Бехтерев», и в нашем загородном центре.

За это время мы помогли обрести независимость и гармонию в личных отношениях многим людям. Нашей единственной целью было помочь всем — неизлечимых, немотивированных пациентов не существовало. Очень многие наши пациенты не хотели выздоравливать долгое время, боялись трезвости. Но, благодаря теплу, любви и энтузиазму наших сотрудников, очень многие ледяные сердца отогревались, и люди меняли полностью свои взгляды на жизнь.

Мы пытались подойти индивидуально к каждому — ведь

за каждой, казалось бы, одинаковой проблемой, скрывается история, неповторимая, переплетенная с болью. Поэтому тех пациентов, которым было недостаточно сроков нашей реабилитации, мы отправляли дальше в реабилитационные центры, которые были проверены нами, пытаясь учитывать потребности каждого. Это имело свои недостатки, так как пациент, который уже привык к нашим сотрудникам и рассказал им свою историю, был вынужден перестраиваться и вновь делиться своей историей, что было нелегко: привыкать и доверять новым людям. У зависимых людей очень большие проблемы с доверием, пациенты противились часто таким переменам, отказывались куда-либо ехать.

В основе технологий нашего реабилитационного центра лежит интеграция различных техник и методик: глубинного психотерапевтического подхода к личности, когнитивно-поведенческой психотерапии, сказко-терапии, арт-терапии, музыкальной терапии, индивидуальной, групповой терапии, философии терапевтического сообщества, методик обучения основам конфликтологии, целепологания, навыкам самоорганизации и эффективного использования своего времени, формирования привычки занятий спортом.

Основной идеей было: совместить наиболее эффективные методы лечения, реабилитации, развития ресурсов и потенциалов наших пациентов. Используя концептуальные основы, сформулированные проф. В.А.Ананьевым в модели «Цветок потенциалов», мы адаптировали их к реабилитационному процессу и назвали «Ресурсы развития»:

- Тело (физический ресурс развития)
- Чувства (эмоциональный ресурс развития)
- Общество (социальный ресурс развития)
- Воля (Личностный ресурс развития)
- Разум (Интеллектуальный ресурс развития)
- Творчество (Креативный ресурс развития)
- Духовность (Духовный ресурс развития)

Каждый пациент получает соответственно методическую тетрадь, где цели, упражнения и задания распределены по этим

блокам.

С последней версией, где подробно изложена эта концепция можно ознакомиться в книге Сорока А., Сорока С. Сборник лекций по 7 потенциалам, Ridero, 2017

После выписки некоторым пациентам рекомендуется проживать на адаптационной (социальной) квартире).

## **СОЦИАЛЬНАЯ КВАРТИРА**

Проект «социальная квартира» и услуга, которую мы предлагаем, предназначен для ресоциализации наших пациентов, оказания помощи и поддержки после прохождения реабилитации. И тут возникает вопрос: «Зачем? Ведь реабилитация позади!» Действительно пройден длинный путь интенсивной терапии, а вот дальше — начинается самое трудное, а именно: начать использовать полученные знания и навыки в своей жизни. С чем сталкивается пациент после выписки? Первое — это резкий выход в социум, в котором абсолютно ничего не поменялось в пользу пациента. Зависимый человек сталкивается с таким разрушительным чувством как «страх перед жизнью», который, в первую очередь, проявляется как страх начать действовать. Второе — это боязнь одиночества, неспособность самостоятельно переживать все чувства и ситуации. На социальной квартире пациент получает квалифицированную психологическую помощь в решении этих трудностей, т.е. он НЕ остается один на один со своей проблемой, а с помощью групповой терапии и курации психолога продолжает находиться в терапевтической среде. Зависимый человек формирует новые модели поведения для изменения качества своей жизни. Важно научить пациента ОСОЗНАННОСТИ и помочь разобраться в себе. И только тогда появляется выбор и возможность заполнить внутреннюю пустоту чем-то новым. Следующей проблемой пациентов, имеющих химические и нехимические зависимости (игровая, компьютерная), при выходе в социум является принятие ответственности за себя



и свою жизнь. На социальной квартире, приобретая навыки коммуникации и продолжая работу над гармонизацией своей личности, пациент организывает свое трудоустройство. Важно научиться обслуживать свои потребности самостоятельно, а не за счет кого-либо. Часто деструктивным решением проблемы самостоятельности служат родственники пациента, которые в отчаянии и растерянности, столкнувшись внутри семьи с такой проблемой, неосознанно позволяют использовать себя для заполнения этого пробела в жизни зависимого человека, испытывая собственный страх мнимой потери в случае отделения своего ребенка.

Итак, «социальная квартира», это один из ресурсов выздоровления, то место, где ребята, прошедшие длительную реабилитацию, учатся заново жить! К каждому реабилитанту мы применяем индивидуальный подход.

## СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ

Социальный ресурс развития подразумевает улучшение адаптации к социальным условиям, повышение уровня коммуникативной компетентности, обретение чувства принадлежности к группе, государству и человечеству в целом. Реализации этих задач способствуют: исполнение различных ролей в рамках реабилитационной программы, психологическое образование пациента и членов его семьи, семейная психотерапия.

### СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ

Важное место в формировании социально адаптивного поведения отводится **роли** – модели поведения человека, объективно заданной социальной позицией личности в системе социальных, общественных и личных отношений. Виды социальных ролей определяются разнообразием социальных групп, видов деятельности и отношений, в которые включена личность. В зависимости от общественных отношений выделяют социальные и межличностные социальные роли. **Социальные роли** связаны с социальным статусом, профессией или видом деятельности (учитель, ученик, студент, продавец). Это стандартизированные безличные роли, строящиеся на основе прав и обязанностей, независимо от того, кто эти роли исполняет. Выделяют социально-демографические роли: муж, жена, дочь, сын, внук... Мужчина и женщина – это тоже социальные роли, биологически predetermined и предполагающие специфические способы поведения, закрепленные общественными нормами, обычаями. **Межличностные роли** связаны с межличностными отношениями, которые регулируются на эмоциональ-

ном уровне (лидер, нытик, любимчик, неудачник и т.д.). В жизни, в межличностных отношениях, каждый человек выступает в какой-то доминирующей социальной роли, в своеобразном социальном амплуа как наиболее типичном индивидуальном образе, привычном для окружающих. Изменить привычный образ крайне трудно как для самого человека, так и для восприятия окружающих его людей. Чем более длительный период времени существует образ, тем привычнее он становится для окружающих. Поэтому пациенты попадают на лечение с уже закрепившимися социальными и межличностными ролями «бездельника», «тунеядца», «больного», «паразита» и пр., изменить которые бывает чрезвычайно сложно. Практика пострелябилитационного сопровождения пациентов показывает, что принятие новой роли пациента его микросоциальным окружением происходит очень медленно и должно длительное время подкрепляться трезвостью первого и изменением стиля жизни.

Групповая психотерапия является важным элементом интегративного вмешательства относительно пациентов, имеющих проблемы с зависимостью. Она также служит дополнением к семейной психотерапии (индивидуальная работа с «детской подсистемой»), так как пациенты чаще выбирают для проигрывания и раскрытия в группе различные семейные конфликты.

Задачей любой терапии, включая групповую форму, является влияние на основные изменения в интрапсихическом равновесии любого пациента с помощью взаимоотношений, изучения действительности, сублимации. Терапия устанавливает новый баланс в структуре личности с более сильным Эго, измененным Суперэго и улучшенной Я-концепцией.

*С тех пор под «ролью» понимается, в основном, устойчивый комплекс форм поведения, соответствующий определенной социальной функции человека.* Концепция групповой психотерапии Якоба Леви Морено сложилась приблизительно в то же время, и его понятие роли, в принципе, совпадает с мидовским. У Келли, как и у Морено, роль – это устойчивый комплекс форм поведения, обнаруживаемый индивидом в определенных социаль-

ных отношениях. При этом содержание роли — плод, с одной стороны, когнитивной самоорганизации индивида, с другой — усвоения социальных стереотипов. Подобное понимание природы ролей предполагает возможность их существенного изменения.

**Ролевые конфликты** являются одними из основных причин наркозависимости. Поэтому они занимают в теории и практике психодрамы центральное место. Ролевой конфликт может переживаться в форме инtrarолевых противоречий в рамках одной роли, между различными ролями, зафиксироваться в виде интeрперсонального конфликта, возникшего внутри одного человека или между разными людьми. Итогом интрапсихических ролевых конфликтов является аддиктивное поведение.

Ролевые конфликты наркозависимых имеют следующие особенности, отражая регрессивное ролевое развитие:

- конфликты периода сепарации — индивидуации и становления эго-идентичности (соответствуют аффективному уровню по Морено), проявляющиеся в торможении созревания Эго и фиксации на деструктивных эмоциях;
- конфликт неприятия себя во времени (прошлое и настоящее);
- конфликты, возникшие на основе смешанных стилей воспитания;
- конфликты, связанные с противоречиями между ролевыми ожиданиями разных людей;
- конфликты, связанные с неприятием «незнакомых людей».

Ролевой конфликт с отцовским кластером связан с тем, что отцы часто отсутствовали в семейной системе или были деструктивными фигурами, из-за чего был затруднен переход на социальный ролевой уровень (неадекватное прохождение эдипальной фазы).

Торможение родителями спонтанности и креативности в дет-

стве выливалось в выраженный конфликт между несдерживаемой энергией и творческим ее превращением в конструктивные действия. Снижение морально-этических ценностей приводит к тому, что несдерживаемая энергия провоцирует удовлетворение базальных потребностей, которые отыгрываются через употребление ПАВ.

Наконец, можно выделить большую группу **внутриличностных конфликтов**, связанных с диффузной идентичностью и полярными аффектами.

### **ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ**

Групповая психотерапия пациентов с зависимостями как наиболее распространенная форма межличностной терапии интегрировала приемы клинических ролевых игр, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальт-терапии.

Так как групповая работа проходит по открытой модели (одни пациенты выписываются, другие включаются в работу группы), то предгрупповая работа занимает особое место. Руководитель группы должен получить исчерпывающую информацию о «новичках» у консультантов по зависимости. Обычно те хорошо осведомлены и о «ядерной конфликтной теме» реабилитанта, обозначая ее на простом языке. Желательно встретиться с пациентами и объяснить им задачи терапевтической группы, подчеркнув, что больше всего интересуют внешние и внутренние конфликты, а не «ярлык наркомана» (многие пациенты, входя в группу, на презентации могут сообщить о себе только то, что «Я Саша – наркоман»). Выявление особо значимой для пациента конфликтной темы и проработка ее в процессе групповой психотерапии позволяют оптимизировать реабилитационный процесс.

Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия

распределяется между участниками группы. С другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с другими людьми. Внедрена динамическая модель ведения терапевтических групп, имеющая свои особенности (большая активность терапевта, перерывы в середине группы). Супервизорская практика показывает, что в адаптации динамических групп к наркозависимым пациентам имеются следующие ловушки:

Психолог не знаком с личной историей или историей зависимости пациента.

Психолог слишком увлекся психодинамической техникой и «забыл», что другие вмешательства в данном случае не менее ценны и должны основываться на запросе пациента.

Психолог или слишком вовлечен в процесс (созависим) или отстранен. Имея собственные слепые пятна и стимулируя выздоровление пациента, психолог может «передозировать пациента психотерапевтическими вмешательствами».

Психолог, имеющий подготовку в узкоспецифической модели (гештальт-терапия, системные расстановки по Хелингеру), берясь проводить психодинамические группы, может оказать «медвежью услугу» пациенту не готовому в силу слабости развития «наблюдающего Я» к осознанию проблемы при применении некоторых вмешательств. В подобных случаях пациент нуждается в «выравнивании» в индивидуальной работе с личным психологом.

Психотерапевтическая группа служит средством выполнения индивидуальных задач отдельного участника (психотерапия в группе). Свои цели реабилитант сообщает во время вхождения в психотерапевтическую группу. Нередко реабилитанты, «разогретые предыдущим занятием» или участием в других психотерапевтических группах, сами подходят к групповому психотерапевту до начала занятий и сообщают о своей готовности работать над той или иной проблемой. Выбор темы участника, над которой будут работать, чаще осуществляется путем голосования членов группы.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №11

Начальный шеринг был очень затянут, все группа неловко молчала, затем поднялась тема внутренней глубины и пустоты, пациенты оживились. Пациент Сергей поднял тему гиперопеки родителей (особенно мамы) и сообщил про то, что всю жизнь делал все наоборот, чтобы доказать, что он — не маменькин сынок. Группа выбрала его тему, и он начал рассказывать, что после смерти сестры мама начала его опекать и контролировать, и от этого он чувствовал внутреннюю ущербность. Участники группы с пониманием кивали, затем другой молодой человек сообщил, что он живет в другом городе и все равно чувствует контроль и давление мамы — и от этого чувствует себя маленьким внутри. У других участников группы возникла сопричастность, и несколько человек стали говорить, что они взрослые люди и очень маленькие внутри, и в результате не в состоянии нести ответственность за свою жизнь, т. к. не умеют и боятся (отсюда употребление ПАВ для того, чтобы справиться со страхом перед жизнью). Следующий круг обсуждений касался темы взросления и действий, связанных с этим.

Также важно изучить проявления переноса и контрпереноса в различных групповых занятиях и контактах со специалистами. Следует подчеркнуть, что реабилитанты часто переносят на специалистов определенные ролевые ожидания, не оправдавшиеся в их дисфункциональных семьях. Все наблюдения фиксируются в журнале наблюдения за пациентами, который находится у дежурного психолога.

Руководителю стоит не забывать, что работа в групповой модели способствует усилению стыда у некоторых участников, когда необходимо раскрывать некоторые «позорные» факты своей биографии. Стыд усиливается при демонстрации своего Я самому себе. Как правило, Я отказывается видеть себя, и это базис аддиктивного отрицания и самообмана. Стыд возникает, когда Я проламывает обманчивый фасад фальшивого Я. (Флорес Ф., 2016, рис.16). В групповой и индивидуальной терапии Я

должно встретиться со своим страхом и увидеть лицевою и теневую сторону своей личности. Для аддиктов, подверженных страху конфронтации со своим истинным Я, требуется много мужества разбирать свою тему, а поддержка и эмпатия группового терапевта должна быть постоянной.



**Рисунок. 16. Фальшивое и истинное Я**

В нашей модели групповой психотерапии позиция психотерапевта — директивно обучающая при равном распределении ответственности между участниками группы. Работа руководителя группы включает следующие элементы:



планирование сессии таким образом, чтобы разные члены группы имели возможность выбрать свою тему, а исследуемые проблемы соответствовали потребностям и интересам группы; обычно тема выбирается путем голосования;

обеспечение толерантности и атмосферы принятия, которая облегчает спонтанное выражение чувств, связанных со значимыми событиями;

разогрев группы, с целью психологической подготовки участников к свободному и полному исследованию своих проблем и определению своих целей;

обеспечение поддержки участника и некоторое руководство, включающее в себя предложение соответствующих техник, поощрение спонтанности и катарсиса, помощь реабилитанту в интерпретации того, что он пережил во время сессии;

акцентирование отношений, которые могут быть исследованы;

прерывание действия для уточнения происходящего, если в этом есть необходимость;

внимание к реакциям членов группы и, если это кажется уместным или необходимым, вовлечение других участников в групповую работу. Помощь другим членам группы в получении терапевтической пользы от этого опыта;

защита участника от словесных нападок других членов группы или от упрощенных указаний и советов;

проведение групповой дискуссии, после того как закончится действие. Поощрение членов группы к тому, чтобы дать участнику обратную связь и поделиться тем, что они испытали во время сессии, чему они научились, какие чувства или события, пережитые ими в реальной жизни, схожи с чувствами или ситуацией участника; подведение итогов на основе обратной связи, полученной в ходе дискуссии, что обеспечивает завершение полученного опыта и позволяет перейти к новой области исследования.

В нашей модели предполагается смена ведущих групп. Это дает возможность пациентам встретиться с разными стилями ведения, кроме того, некоторым пациентам легче раскрывать свою тему с определенным лидером.

## **ПСИХОДРАМА**

Многолетний опыт показал эффективность и привлекательность такой формы групповой работы как психодрама.

**Психодрама – это одновременно аналитический и действенный метод.**

Ролевая теория была естественным мостом между двумя уровнями человеческой организации, и многие из его методов были адресованы групповому контексту и межличностному царству, также как и интрапсихическим явлениям.

### **Чем привлекает психодрама?**

Психодрама обладает своей собственной хорошо разработанной теорией.

Психодрама позволяет обойти защитные механизмы.

Психодраматические сессии не содержат формального анализа.

Психодрама избегает оценок.

Психодрама выносит внутренние образы на психодраматическую сцену.

Символический (метафорический) разогрев позволяет быстрее войти в объектные отношения пациента, минуя сопротивление пациента

### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №12**

Константин, 28 лет, опийная наркомания.

**Психотерапевт (П):** Закройте глаза и представьте кто или что вы в море? (Символдраматический разогрев)

**Константин (К):** Я на шлюпке, я управляю ею. У меня на шлюпке оберег на всякий случай. Я не вижу, что дальше, но я плыву.

**П.** Построй шлюпку. (К. находит шлюпку, «строит» ее содержимое из символических предметов: компас, спасательный круг, открытка маяка, ракушка, волшебный шарик, кладет в спасательный круг; выбирает еще ангела в качестве «Высшей силы») (рис.35). Тебя плот от чего-то спас?

**К.** Да.

**П.** Если переводить на реабилитацию, с чем ассоциируются эти предметы?

**К.** Это знания, которые я получил здесь.

**П.** А есть какие-то тяжелые ситуации в твоём будущем, куда ты поплывешь, где могут пригодиться тебе эти знания?

**К.** Да, это освобождение из тюрьмы моего знакомого, которого я подставил. Он меня найдет, это неминуемо. Идет разогрев.

**Сереза (С):** Я, Сереза-улыбка, когда меня били в тюрьме, я улыбался. С К. я познакомился в тюрьме, когда он освободился, я потом искал его и нашел, т.к. я знал, что он занимается тату. Мы встретились, выпили и отец сказал, чтобы я больше не приезжал. У К. начались проблемы с деньгами, и я предложил ему торговать наркотиками, он согласился. Так мы начали употреблять. Я его использовал и обманывал. Потом я пропал. А когда мы вновь встретились, то решили завязать с наркотиками и устроились на стройку. Однажды я с К. пошел встречать его девушку, и на вокзале нас остановили милиционеры, и меня забрали и посадили. С тех пор я его не видел. Он мне не сделал передачи и не передал мне мои деньги. Он меня предал. Я отомщу за это.

**П.** Давайте проиграем ситуацию встречи с Серезей.

**К.** Привет, Сереза, я готов отдать тебе деньги, только прости, мне стыдно.

**С.** Сколько отдашь?

**К.** 8

**С.** Ты чего, я столько сидел.

**К.** Ну ладно, отдам в двойном размере, только прости. Я не хотел, так получилось.

**С.** Если ты не отдашь на следующей неделе, я шлепну тебя ножом.

**К.** Я отдам, без проблем.

**П.** Давайте пофантазируем, как бы отнеслись к этой ситуации жители некоего королевства – королева, шут и воин (психотерапевт вводит «архетипические фигуры» для расширения поведенческого репертуара протагониста).

**П.** (королева): В моем королевстве не прощают предательств

**Д.** (шут): Он тоже не лучше, два предателя, два лжеца.

**Р.** (воин): Либо обоих истребил, либо никого не тронул. Два сапога пара.

На стадии завершения после обмена чувств, К. решил, что он сам его найдет во время домашнего отпуска, попросит прощения и без оправданий своего поступка отдаст ему деньги.

Отрабатывая приемы по работе с аффектами мстительности, мы трансформировали технику, предложенную Лопухиной Е. В. «Психодраматическая техника „Архетипический оракул“ в работе с психологической травмой предательства». Модификация заключается в следующем. Так как реабилитантов на психодраме много, но не все активно участвуют в психодраме, мы перед проведением шеринга предлагаем, взяв на себя какую-нибудь архетипическую роль (король, шут, воин, влюбленный, астролог), высказать свои эмоции из этих ролей протагонисту. Понятно, что для воина предательство – обычное явление, тогда как шут может позволить себе любую эксцентричную «обратную связь».

На этапе «разогрева» (I фаза психодрамы) использовались проективные психотехнологии (арт-анализ, использование открыток, игрушек, метафор и др.), позволяющие обойти психологические защитные механизмы. Представление, метафора, конкретизация, ручные куклы, диаграммы, магниты для холодильников, скульптура семьи или переносная песочница, несоответствие вербального и невербального высказывания – все это может служить **ключами** для входа во внутренний мир человека. Жест, прикосновение, рисунок, скульптура и язык могут иметь «метафорический смысл». Во второй фазе (психодраматическая «проработка») реже применялся принцип «от периферии к центру», а чаще микросессии (виньетки, эпизоды), так как наркозависимые в силу низкой фрустрационной толерантности не выдерживали длительных сессий, и исследование актуальной темы приходилось разбивать на несколько занятий

**Метафора – это проекция бессознательного; расшифровав послание, можно оптимизировать процесс психотерапии.**

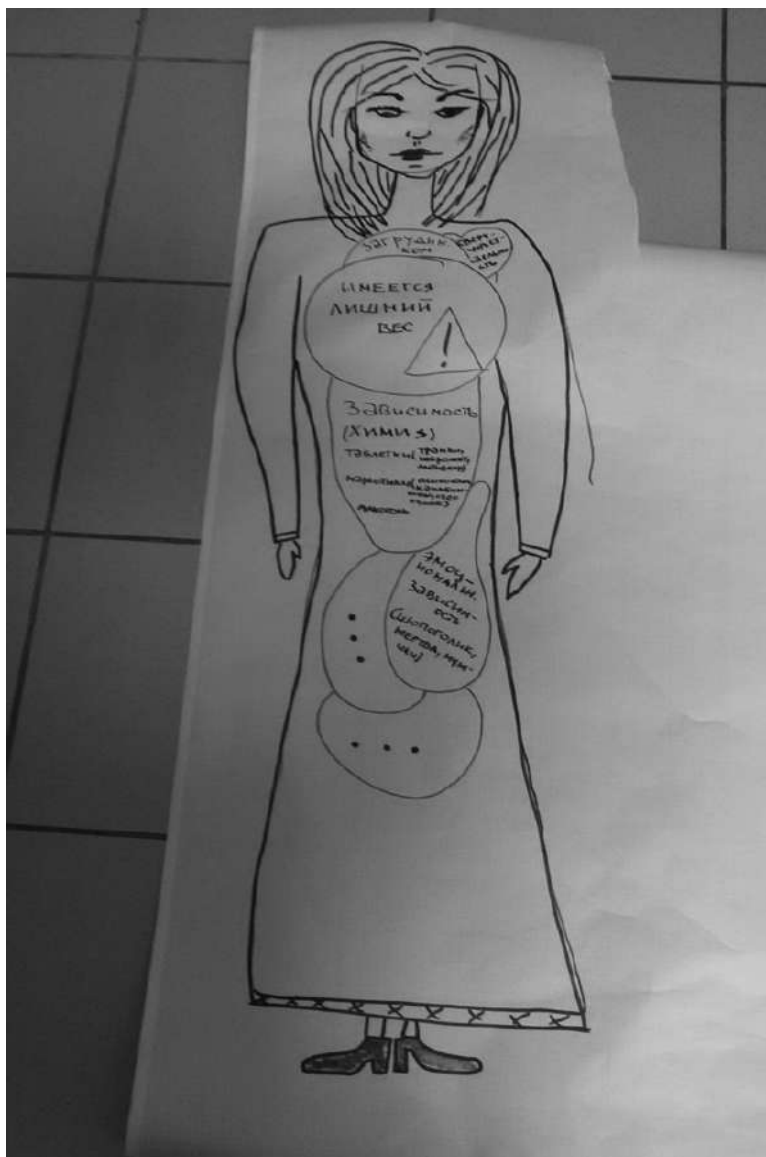


Рисунок 17. Моя проблема в виде рисунка

На рис. 17 пациентка Валентина, чья патобиограмма отражена в таблице 3, представила свои проблемы, с которыми она хотела работать в виде рисунка. Целая связка симптомов высветилась у неё, которые были взаимосвязаны с социальным контекстом: лишний вес (булимия-анорексия), зависимости, садомазохистские отношения с отцом.

В другом случае лекция по «мерседес-модели» Милюевича послужила для пациентки стимулом для воспроизведения «кнопки вины» (шайба из спортивного зала как метафора), возникшей в результате постоянной жесткой критики отца в детстве. Удалось выбрать на его роль одного из участников группы и проиграть диалог с ним в «регрессивной сцене».

**Разогрев** — подготовка протагониста с помощью вербальных и невербальных техник, создающих умеренно измененные состояния сознания к глубинной терапевтической работе. Используются прямой и метафорический подходы доступа к переживаниям пациента.

Мы придаем огромное значение снятию блоков с S-фактора (спонтанности). Один из способов — это применение метафорических разогревов на «ориентационно-разогревающей» фазе: «Представить свою проблему в виде какой-либо метафоры, символа, образа». Так (рис. 87) пациент сообщил, что у него «вагон и маленькая тележка» проблем. Тележка была изображена в виде столика на колесиках, а проблемы с семьей, с самим собой были положены на эту тележку в виде метафорических предметов. Пациент в ходе психодрамы осознал, что ответственность за свой «вагон» ему пора принимать самому.



**Рисунок 18. Вагон и маленькая тележка**

**Символическое представление зависимости, экзистенциальных универсалий.** Символическое представление экзистенциальных универсалий и диалог с ними: пациенту можно предложить представить в виде образов: смерть, свободу, одиночество, «пустоту», смысл жизни, зависимость и др. Он может представить символически также любое из основных экзистенциальных беспокойств, переживание экзистенциального вакуума, чувство вины, любовь и т. д. Затем психотерапевт может предложить па-



циенту представить конечную данность во внешнем пространстве и попробовать вступить с ней в диалог. При этом пациент может перемещаться на ее «место», «становясь» этой универсалией и отвечая себе, а может получать от нее ответы мысленно. Она не только служит экстернализирующей и «разогревающей техникой» для проведения психодрамы, но и дает возможность войти в психотравмирующую ситуацию.

**Психодрама – это встреча.** Добавление техники обмена ролями начинает стимулировать как аутентичность, так и эмпатию – возможность побыть на месте своего оппонента.

Многие психодраматические сессии переходят от сцен в настоящем к драмам детства. Такая способность интегрировать встречные (горизонтальные) и регрессивные (вертикальные) взгляды на функционирование психики является одной из сильных сторон психодраматической техники.

Психодрама, устраняя акциональный голод через игровое действие, может одновременно ликвидировать и «экзистенциальный вакуум». Метафорически задачей психодрамы является освобождение обезьянки из клетки (S-фактор) путем построения различных сцен из прошлого, будущего. В интеграции психодрамы и экзистенциального анализа мы практикуем символическое представление экзистенциальных универсалий и диалог с ними.

Соединение психодрамы и экзистенциального анализа помогает укрепить Я протагониста, увеличивает его спонтанность и усиливает контакт всех участников драмы с их глубинными духовными структурами, придавая действию дополнительную ценность и значительность.

У психодрамы и экзистенциального анализа есть общий базис, который, в принципе, позволяет применение средств из одного арсенала для целей другого направления. Обе школы относятся к экзистенциально-гуманистическому направлению, используя феноменологический подход, в котором каждый случай рассматривается как уникальный. Свобода самовыражения, творчество и свежесть взгляда представляют собой важные ценности для обоих направлений.

Отличие психодрамы от экзистенциального анализа в том, что теория психодрамы сведена к описанию набора технических средств и почти ничего не говорит о строении и законах развития и функционирования психики, а экзистенциальный анализ имеет основательную теоретическую структуру, включающую в себя антропологию, теорию мотивации, теорию эмоций и ценностей. Вторая важная задача экзистенциального анализа – подвести человека к осознанию своей ответственности. В психодраме ответственность всегда на протагонисте.

### СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №13

**Психотерапевт:** Рад вас приветствовать, меня зовут Сергей Александрович, давайте познакомимся с новыми членами группы. Расскажите о своих положительных и «теневых» частях.

**Максим:** Зависимый, но полон желания исправиться.

**Психотерапевт:** Спасибо. Тебе трудно было говорить?

**Максим:** Не очень.

**Юрий (дает реплику):** Наверно, плохо, когда дурное «вылазит», я наступаю на те же грабли.

**Психотерапевт:** Ты сейчас наденешь очки, чтобы разглядеть грабли?

**Юрий:** Все буду делать, что скажут, буду здесь жить хоть год.

**Психотерапевт:** Кто работал в прошлый раз? Сергей, что –нибудь изменилось?

**Сергей:** Хотел съездить домой, но боялся встретиться с матерью, выбрал день, когда ее не будет дома.

Ребята просят сделать разминку.

**Психотерапевт:** Сейчас сделаем «загрузочную» разминку. (Раздает по листочку бумаги, мелки и фломастеры). Вспомните, с каким состоянием на данный момент вы больше всего сталкиваетесь. Вот примерный список: вина, смерть, одиночество, бессмысленность, смысл, изоляция, выбор, ответственность. Выберите что-то одно. Если будет трудно, можно быть, какая-то другая сильная эмоция. Чисто человеческие вещи, которые

важны в реабилитации. Можно меняться мелками. Любой образ, любая метафора. Нарисуйте его, пожалуйста.

**Андрей:** Может быть надежда?

**Психотерапевт:** Молодец, Андрей, ты растешь. Группа у нас сегодня большая, хотелось бы поработать динамично. *(Все увлеченно рисуют на больших листах бумаги).*

**Психотерапевт:** Можно меняться цветами, вот фломастеры, мелки. Сегодня будет картинная галерея молодых художников. Кто-то закончил, кто-то еще нет? *(Ребята рисуют с приподнятым настроением, увлеченно).*

**Психотерапевт:** Еще 5 минут, и начнем знакомство. *(Ребята азартно меняются фломастерами и мелками).*

**Психотерапевт:** Ну что, готово?

**Ребята:** Да.

**Андрей (1):** Можно я?

**Психотерапевт:** Андрей, попробуй от первого лица отстранить нарисованное понятие от личности.

**Андрей:** *Рассказывает несколько отстраненно.* Я – одиночество Андрея. *(Андрей показывает рисунок).* Пустыня, одинокий верблюд, постоянная жара, оазис. Есть одиночество и стремление, что я дойду до оазиса и не засохну.

**Психотерапевт:** Ты знаешь дорогу?

**Андрей:** Не уверен. Я вижу оазис и стремлюсь попасть туда.

**Надя:** Я выбор Надежды. Пришла из одиночества, вины. Сейчас надежда, уверенность, есть выбор, куда идти в любой ситуации.

**Лена:** В виде единственного вектора. Это выбор, ответственность.

**Аня:** Вулкан – это внутри Анны вина и обида по отношению к маме. Мама уговорила меня, чтобы я легла на реабилитацию. Сказала, что заплатит любые деньги, а сейчас все время упрекает, что платит так много денег. Не хочу доставлять недовольство, но когда она говорит об этом, я сдерживаю чувства.

**Психотерапевт:** «Джина» будешь выпускать?

**Аня:** Думаю, пройдет это само собой.

**Дима:** Одиночество и изоляция Димы.

**Психотерапевт:** Изоляция за колючей проволокой.

**Дима:** Может быть это связано с детством, с бабушкой и отчимом. Я наблюдался у психолога, со временем прошло, но вспоминается из детства что-то.

**Психотерапевт:** Можно поработать с этим, если это давит до сих пор. Это важно для тебя?

**Дима:** Когда вхожу в эту комнату... *(пауза)*.

**Психотерапевт:** Пока остановимся, дослушаем ребят.

**Максим:** Попытался изобразить смерть. Как телевизор выключаяешь, потом представляется суд, и что потом — не знаю.

**Психотерапевт:** Волнует, что будет после смерти?

**Максим:** Да.

**Психотерапевт:** Можно с этим поработать.

**Юрий:** Грязная кирпичная стена...

**Психотерапевт:** Что на ней написано?

**Юрий:** Гадость всякая *(Смех)*. Но выбор есть. Изобразим еще рядом чайник кипящий. Это моя голова. Смущение, замкнутость.

**Психотерапевт:** Ты даже в красной рубашке.

**Юрий:** Все внутри кипит.

**Психотерапевт:** Кто подогревает чайник? *(Смех)*

**Юрий:** Внутри давление большое, и пар выходит маленькой струйкой.

**Психотерапевт:** Спасибо.

**Ольга:** Надежда и желание. Девочки, цвета, небо голубое. Я надеюсь не сломать жизнь ребенку *(дочери)*.

**Марина:** Надежда, солнце, цветы. Вижу семью, ребенка, нормальную дорогу в семью.

**Стас:** Моя изоляция, забор с колючей проволокой. Это моя депрессия. Даже, если я понимаю, что это мне нужно, у меня все равно начинается депрессия

**Психотерапевт:** С этим можно работать в терапевтической группе.

**Стас:** Не, я вчера работал с психологом. Он «загрузился», и я тоже.

**Психотерапевт:** С Димой получается зеркально — внутри, а с тобой чувствуешь стену.

**Антон:** У меня тоже такое ощущение.

**Виктория:** Спокойствие, море, свет, будущее. Черта — надежда вверху. Внизу — ураган, который внутри меня и не вылезает за черту.

**Максим:** Вера, надежда Максима. Небо, солнце и облегчение от правильности того, что я сейчас делаю.

**Сергей:** Смерть и одиночество Сергея. Занавес, сквозь который пробивается свет.

**Виктор:** Одиночество. Дерево, кругом одни пеньки, это я как бы сам срубал. Я чувствую себя не одиноко в кругу выздоравливающих наркоманов. А в социуме со мной вступают в контакт, а я обрубаясь.

**Психотерапевт:** Остаются пеньки.

**Саша:** Лодка, в которой вода. Остров надежды. Путники, которые сбились с пути.

**Психотерапевт:** Компас найдут? Может быть нырнуть?

**Стивен:** Стакан — это я и он стоит на столе, который изображает устойчивость, и есть дерево без листьев, которое обозначает, что я как дерево без листьев, но надежда, что я расцвету.

**Антон:** Я нарисовал одиночество Антона. Пустыня и человек с собачкой, вдалеке оазис. Я часто бываю одиноким, но всегда есть надежда, которая в лице собачки, которая не может сказать ничего в ответ. Оазис — знаю куда двигаться, знаю, где будет хорошо, но все равно — это изоляция. Меня это напрягает. Мне хочется уйти куда-то, где я буду один.

**Психотерапевт:** Ты не хочешь идеализировать отношение оазиса внутри себя?

**Антон:** Я завишу от людей, от общения, но это меня часто напрягает.

**Психотерапевт:** Сложите фломастеры. Ну что, Дима, поработаем?

**Дима:** Боюсь.

**Психотерапевт:** Ты первый раз?

**Дима:** Нет.

**Психотерапевт:** Если эта заноза сидит, она будет постоянно напоминать. Сколько было тебе лет?

**Дима:** 2,5.

**Психотерапевт:** Что это было? Где это произошло? *(Пересаживается ближе к Диме).*

**Дима:** *(говорит тихо).* Мы поехали с тетей в Воронеж, в село Красное к двоюродной бабушке. У нее муж пил, в голове пере-клинило, кричал, что всю семью перережет. Для безопасности я и троюродная сестра были в доме у тети.

**Психотерапевт:** Кто с тобой был?

**Дима:** Юля, Наташа. Спали в прихожей, за ширмой, а в большой комнате сидела бабушка, ее сестра и я проснулся от разговора. Встал возле стенки у ширмы, слился со стеной, слушал, не помню разговора. Бабушка успокаивала того, у кого была белая горячка. Мне было страшно.

**Психотерапевт:** Ты вспомнил эту ситуацию, когда рисовал изоляцию.

**Дима:** Когда он бежал, помню момент, я зашел в комнату. Кровь, два тела, меня увели. Помню суету, панику. И потом кладбище.

**Психотерапевт:** Ты был на кладбище?

**Дима:** Наивное детство, просил бабушку взять.

**Психотерапевт:** Ты был маленький.

**Дима:** Я был последний раз там в 1999 г.

**Психотерапевт:** На кладбище?

**Дима:** Да, на кладбище, был в комнате, наверное, сделал глупость.

**Психотерапевт:** Что подразумеваешь под глупостью?

**Дима:** Что пошел туда. Еще была, обида возникла, ущербность. Когда был там, все говорили: «Вот этот Дима». Слухи распространяются быстро. Говорили обо мне.

**Психотерапевт:** В деревне в 1999 г. сказали: «Вот Дима, родственник того, кто в белой горячке зарезал двух женщин».

**Дима:** Пожалел, что приехал.

**Психотерапевт:** Эта ситуация часто вспоминается?

**Дима:** Да, детство, что я там стоял.

**Психотерапевт:** Сходим еще раз в детство. Выбери кого-нибудь на роль маленького Димы.

**Дима:** Наверно, Сергей.

**Психотерапевт:** Сергей, ты сможешь помочь? Давай построим эту комнату. Где ширма, где была прихожая?

**Дима:** Здесь стояла кровать (*ставит ширму*), там был вход, я стоял здесь (*встает за ширму*). Просто стоял и слушал, что происходит.

**Психотерапевт:** Теперь, Сергей, встань на его место, чуть-чуть выглядывая из-за ширмы. Пойдем, посмотрим. Там Дима, которому 2,5 года (говорит шепотом Андрею скажи громко: «Сейчас всех зарезу»).

**Андрей:** (говорит громко и грубо): Сейчас всех зарезу.

**Дима:** Ужас, паника, тревога. Это стоять и слушать. Стоял и ожидал.

**Психотерапевт:** Страшно, крики.

**Дима:** Я вошел и увидел окровавленные тела. Помню темноту, улицу, много людей, тети бегают.

**Психотерапевт:** Маленький Дима постоянно приходил из детства и стоял с другой семьей. А потом наркотики спасали. Что можно сделать? Сколько тебе лет?

**Дима:** 23.

**Психотерапевт:** Что можно сказать тому Диме, маленькому, которому 2,5 года, он беспомощен против силы ножа и топора.

**Дима:** Проявлять агрессию не стоит.

**Психотерапевт (ставит в позицию зеркала):** Посмотри со стороны, что мог бы сделать?

**Дима:** Убежать, наверно, но это глупо.

**Психотерапевт:** Сделай что-нибудь. Но ты сейчас большой, внутри тебя маленький Дима.

**Дима:** Не знаю.

**Психотерапевт:** Как взрослый, чем ты можешь помочь тому ребенку. Это часть твоя, которая идет из детства.

**Дима:** Я бы зашел в эту комнату.

**Психотерапевт:** Ты хорошо ее представляешь?

**Дима:** Я скорее бы принял удар на себя. Он бы пришел в себя, увидев меня.

**Психотерапевт:** А тому маленькому не было бы страшно?

**Дима:** Да.

**Психотерапевт:** Смог бы убить?

**Дима:** Не смог.

**Психотерапевт:** С тем маленьким Димой стоишь, отвернешься от него, ты 23 – летний Дима?

**Дима:** Скорее всего, будить сестер, не одному справляться, а вместе.

**Антон:** Сестры постарше были?

**Дима:** Да, одна на год, другая на три.

**Психотерапевт:** Сделай что-нибудь. Символически сделай.

**Дима:** Беда, вставайте, дядя Вася придет сейчас, убьет (Марина и Ольга встают).

**Психотерапевт:** Как маленькому не так страшно?

**Дима:** Там и бабушка, ее сестра и нас трое.

**Психотерапевт:** Идите, это же другой сценарий. Ты меня возьмешь к себе как ресурс. У тебя есть в группе поддержка?

**Дима:** Да, Лена, Надя.

**Психотерапевт:** Кто еще поддерживает?

**Дима:** Максим, Санек, Аня, Андрей. *(Вокруг Димы плотным кольцом стоит большая группа ребят).*

**Психотерапевт:** Ну, посмотри какая у тебя группа поддержки.

**Дима:** Волнуюсь, но поддержку ощущаю.

**Психотерапевт:** Может быть, скажем, что тому маленькому Диме бояться не стоит.

**Дима:** Дима, бояться не стоит. *(Смех).*

**Психотерапевт:** Ты чувствуешь поддержку. Может быть, страхи оставим там в детстве?

**Дима:** Давно пора.

**Психотерапевт:** Может быть, пройдешь по палате с группой поддержки? *(Все ребята идут плотной толпой).* Кто выразит



чувства Диме?

Шеринг.

**Надя:** Мне было тяжело слушать. Мне приходилось ездить в деревню к тете, у которой тоже дядя пил, на ножах, были переживания, но со временем, благодаря программе, поддержке группы это отпустило.

**Саша:** Это трагедия, но не забывай, что мы рядом и мы всегда поддержим.

**Лена:** Поздравляю, что в твоей жизни появились мы. *(Смех).*

**Антон:** Благодарю за пример. Чувство страха, недовольство собой, я в 6 лет в такой обстановке, часто хватался за нож, недоумение, что это был я, что мог порушить чьи-то жизни.

**Сергей:** Мои ощущения стоят за ширмой, узнавания не было. Страх, паника, ужас, трудно было стоять, чувствовать одиночество и в конце, когда появилась группа поддержки, появилось ощущение, что отпускает, облегчение.

**Андрей:** У меня узнавание, частенько отец приходил домой пьяный, постоянно выглядывала сестра, постоянно приходилось ее уводить, и ждал, пока отец отвернется. Стало не по себе, спасибо.

**Психотерапевт:** Детские страхи многие забирают во взрослую жизнь, с ними бороться трудно, они постоянно приходят во сне. Если есть поддержка, это уходит.

Сергей, скажи: «Я не детский страх, я Сергей» (деролизация).

**Сергей:** Я не детский страх, я Сергей.

**Психотерапевт:** Дима, как ты себя чувствуешь?

**Дима:** Облегчение.

Перерыв.

**Использование футуропрактики.** Футуропрактика используется как в фазе разогрева, так и непосредственно в психодраматическом действии. Примеры использования в фазу разогрева: «Представьте свое настоящее и будущее в виде символов, представлений или метафор. На рис. 19 проблема решалась через метафору «Не могу переступить через себя» (простить мать). На рис. 20 использование матросских трусов в виде метафоры

«Пока ты стоишь лицом к прошлому, то повернут попой к будущему». Очень наглядно пустая штанина будущего, не заполненная никакими активностями. На рис. 21 проверка «Новой версии» Николая после реабилитации. Старая версия изображена в шлеме.



**Рисунок 19. Не могу переступить через себя**



**Рисунок 20. Прошлое и будущее**



**Рисунок 21. Новая и старая версия**

**Арт-терапевтические техники и арт-анализ** также активно применяются для этих целей. Наиболее часто используются **проективные рисунки**: метафорический автопортрет, «Я как сообщество», «Разговор двух животных», «Моя отрицательная эмоция с тремя характеристиками (эпитетами)» (рис. 22), методика Карты ума Т. Бьюзона и др. Так в ходе разогрева с использованием авторской коллекции фотографий пациентам предлагалось выбрать несколько открыток, отражающих их внутренний или внешний конфликт. Один из участников, Игорь выбрал фотографию «Погасшие свечи». Это напомнило ему о погибших друзьях в Чечне. Игорь отказался работать с этой темой. Денис выбрал фотографию «Старуха и шахматы», и визуальная метафора послужила ключом к постановке психодрамы. Рисунки пациентов в метафорической форме отражают сущность его проблемы и динамику переживаний в процессе занятий психотерапией.



**Рисунок 22. Моя отрицательная эмоция**

Выбор сцен и универсалий времени в психодраме с опорой на эти базовые мотивации и аффекты, сопоставление их с ролевой теорией повышают эффективность психотерапевтической помощи. Монодрама показана в том случае, если, например, отсутствует группа, определенные моменты требуют строгой анонимности, работа в индивидуальной терапии, требуется быстрое управление в кризисных ситуациях и т. п.

Базовые техники: представление самого себя, исполнение роли (человека, субличности, части тела, предмета, понятия), монолог, дублирование, обмен ролями, реплика в сторону, пустой стул, психодраматическое зеркало.



Рисунок 23. Психодрама – мультимодальная терапия

Если обратиться к нашей схеме психодрамы (рис. 23), то ее «магию» создает изменение жизни протагониста. Катализатором данного процесса является проведение завершающих сцен. Заключительные сцены, хорошо «работающие» для одного протагониста, могут оказаться бесполезными для другого; конец сессии каждого протагониста индивидуален согласно специфике того терапевтического путешествия, которое он только что совершил. Завершение должно гармонизировать с темой, бывшей в центре внимания терапии, а также с целью сессии. Иван закончил свою сцену, разбив бутылку об батарею («выпустил всех своих джинов»). Петр завершил свою психодраму, пребывая в объятиях вспомогательного участника, который изображал его идеального отца. Анна произнесла речь перед группой, утверждая свое право выбирать, что ей делать со своей жизнью. Тимофей обошел всю группу, спрашивая каждого, что этот человек чувствует по отношению к нему после того, как он раскрыл свой секрет.

Построение подходящей сцены завершения требует понимания не только психологического устройства индивидуального протагониста, но и конкретных целебных переживаний, необходимых каждому человеку для достижения прогресса. Некоторым протагонистам нужно символическое удовлетворение потребностей, другим — прощение вины, конкретные предложения на будущее или новый опыт, дающий надежду. Найти подходящую сцену завершения — в этом состоит настоящая работа для каждого директора психодрамы.

В идеале сцены завершения должны возникать естественным образом из разыгранного действия, сам протагонист должен инициировать их. Однако у пограничных пациентов это происходит редко, и директор должен иметь в своей «психодраматической колоде» несколько «козырных карт».

## **ПРИМЕРЫ ЗАВЕРШАЮЩИХ СЦЕН В ПСИХОДРАМЕ**

**Завершение действия.** Протагонисту предлагают завершить свои фантазии и переделать то, что было сделано ошибочно.

**Опыт получения награды.** Протагонисту дают награду и просят сказать группе благодарственную речь.

**Разрешение конфликта.** Проигрывается такая сцена, в которой найден баланс между двумя конфликтующими внутренними тенденциями.

**Прощение.** Ставится корректирующая сцена, в которой, например, принимается и прощается преступление или несправедливость.

**Эпилог.** Ретроспективный анализ прошлого в свете того, как все произошло на самом деле.

**Последний диалог.** Протагонист ведет последний диалог со значимым человеком в своей жизни.

**Протагонисту дается домашнее задание, которое он должен выполнить после сессии.**

### **Клятва**

**Протагонисту предлагается прописать алгоритм психодрамы, например, анализ срыва после сессии.**

**Фотография на память.** Психотерапевт распечатывает фотографию сцены психодрамы всем участникам (рис 24) или вручает фотографию основной сцены сессии (рис.25).



## Фотосессия



**Рисунок 24.Фотосессия**



**Рисунок 25. Сцена созависимых отношений между матерью и сыном**

**Смена «футболки с надписью».** Многие молодые люди носят

футболки, не осознавая, что надписи отражают внутренний мир (единство внешнего и внутреннего). Так в конце психодрамы молодому человеку, раздражительному, циничному, имеющему симптомы псориаза (контакт с внешним миром!), предложено заменить футболку с вульгарной надписью на более «духовную, ресурсную» футболку.

Коллаж, сделанный психотерапевтом. На рис. 26 показана суть психодрамы, проведенной в День Победы, когда на Красной площади к Мавзолею брошены знамена «зависимой части» (в психодраме это были гимнастические коврики): нечестность, обида, ложь и т. д. — то, над чем пациент постоянно работал в реабилитации.



**Рисунок 26. Фотография на память. Коллаж «Победа над дефектами характера»**

**Проветривание для протагониста.** Психотехника применяет-

ся для завершающего действия для группы, когда протагонист, переполненный драматической игрой, не готов получать от группы «обратную связь». Члены группы делятся своими чувствами без него, так как многие из них нуждаются в таком отреагировании.

**Проекция в будущее.** Представляется будущая жизнь. Примером может служить разыгрывание воображаемой ситуации, происходящей много лет после прохождения лечения.

**Постановка цели.** Протагониста заставляют составить конкретные планы на будущее и спроецировать опыт, полученный на сессии, во внешнюю жизнь, например, заключить контракт об использовании некоторых навыков после сессии психодрамы.

**Протагонист отрекается,** прощает или делает заявление «на сцене» в адрес большой группы значимых других. Например, это важно, если есть проблема «платы по счетам предков», когда родственники требуют «дивиденды» от протагониста. У пациента возникает конфликт между сохранением лояльности семейной системе и собственным акциональным голодом.

**Волшебный магазин.** Протагонист посещает «Волшебный магазин», где может по бартеру поменять свою проблему, свой тяжелый или опасный симптом на его позитивную трактовку или на тот или иной ресурс. Например, обмен онкологического симптома (игрушка с черепом) на «шапочку смеха». В атмосфере юмора идет поиск ресурсов к выздоровлению.

**Протагонист делает зарисовку сессии и использует ее в повседневной жизни.** Так на рис. 27 во время психодрамы пациенту удалось заставить замолчать «голос зависимой части» как попугая, когда накрывают клетку птицы платком. Он зарисовал эту метафору для памяти как вариант совладания с аффектом в будущем.



**Рисунок 27. Зарисовка после психодрамы**

### **РАЗНООБРАЗНЫЕ КОНЦОВКИ, ПРЕДЛОЖЕННЫЕ ГРУППОЙ**

Разыгрывается сцена, представляющая исполнение желания или триумф.

Ритуал ухода. Протагонист получает указание отделить себя от значимого человека при помощи ритуала. Примером такого ритуала может служить чтение эгегического стихотворения из школьной классики.

Чтение директором (ведущим) стихотворений из цикла философской лирики, соответствующих проблематике пациента. Интересные материалы можно найти на сайте [poezia.ru](http://poezia.ru).

Повторное разыгрывание. Протагонист вновь разыгрывает первую или любую другую важную сцену психодрамы другим способом.

Повторение родительской заботы. Протагонист взаимодей-

ствует с членами группы, которые исполняют роли хороших родителей, обнимают протагониста и заботятся о нем. Таким образом, протагонист получает корригирующий эмоциональный опыт.

Ритуалы. Группа исполняет ритуал: например, все члены группы образуют круг, держась за руки, символизируя соединение с протагонистом в духовном союзе.

Подведение итогов. Директор и протагонист вспоминают отдельные сцены из психодрамы и подводят итог тому, что происходило.

Поддержка. Каждый член группы говорит протагонисту о том, что ему нравится в нем.

Сверхреальность. Разыгрывается фантастическая сцена, представляющая символический материал, например, доносится голос Высшей Силы (для зависимых, участвующих в 12-шаговой программе – это важно), возвещающий о благополучном исходе.

Фотография. Фотографируется сцена завершения (реально или в воображении). Протагонист может повесить фотографию дома или посматривать на нее в мобильном телефоне.

Подарок на День рождения или выпуск группы. Протагонист дарит реальный или воображаемый прощальный подарок членам группы или сам получает его.

Хотя вышеперечисленные сцены помогают описать распространенные стратегии подведения сессии к логическому концу и представляют собой универсальные образцы завершения, ничто не может заменить творческого подхода к поиску специфических завершений каждой конкретной психодрамы. Успех психодраматического действия зависит в большой степени от артистической гибкости директора. Таким образом, не должно быть механистического использования техники, ведущего к предсказуемым финалам.

Мы перечислили не все возможные комбинации психодрамы с известными приемами и техниками. Креативность и спонтанность психотерапевта, практикующего психодраму, подска-

жут наилучший способ преодоления акционального голода протагониста.

Пациенты отмечают, что проработка интра- и интерперсональных конфликтов в группе помогает им скорее восстановить и душевное равновесие, и семейные связи (лечебный фактор групповой психотерапии: семейная реадaptация).

В случаях сильного напряжения и для отреагирования эмоций после взволновавшей всех психодрамы оказалось полезным подключение медитативных приёмов и рисования на заданную тему. Выбор упражнений зависит от превалирования нарушений в той или иной сфере личности (эмоциональной, поведенческой, когнитивной, сфере воображения); он определяется также интеллектуальными возможностями пациента.

## СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Практически все специалисты, работающие с аддиктами, признают важность участия семейного окружения в поддержании зависимого поведения. Поэтому семейная терапия является обязательным компонентом лечебных и реабилитационных программ. Если оставить в стороне задачи психообразования, преодоления анозогнозии и медицинского воспитания членов семей, то основной функцией семейной терапии является по возможности максимальное изменение семейной системы с последующим отказом ее членов от зависимого и созависимого поведения. Как правило, в работе с зависимыми используется системная семейная психотерапия, основанная на теории динамики больших систем. Такой подход способен интегрировать любые методы и методики в целостную непротиворечивую систему помощи, в том числе, поведенческие (домашние задания, поведенческий анамнез, парадоксальные вмешательства), коммуникативные (обучение распознаванию эмоций, выражению чувств, культуре общения), динамические (осознание патологических паттернов и анализ причин их появления через рассмотрение семейной истории), гуманистические (взаимодействие членов семьи в «здесь-и-сейчас», принятие решений в реальной жизненной ситуации).

Долгие годы методы коррекции аддиктивного поведения были ориентированы, главным образом, на самих пациентов: программы реабилитации наркозависимых направлены на снятие физической зависимости, на отрыв от криминального, негативно влияющего на пациента окружения, на решение внутриличностных конфликтов, преодоление психической зависимости, поиск замещающего поведения и интересов. Однако если понимать



личность как целостную био-психо-социо-духовную структуру, где эти компоненты взаимосвязаны, то программа реабилитации должна охватывать все четыре уровня. Важным фактором социализации личности является родительская семья. Родственники обычно эмоционально вовлечены в процесс наркотизации своего ребенка или супруга, и сами находятся в психологической и социальной зависимости от него, ориентируясь на удовлетворение потребностей «носителя симптома», подавляя при этом собственные желания. Возникающее психологическое напряжение у трезвого члена семьи приводит к появлению различных нервно-психических и соматических расстройств, превращая его, таким образом, во второго «носителя симптома» в семье.

Роль семьи в становлении клинических проявлений аддиктивных расстройств и в реабилитации зависимых от ПАВ больных признается в настоящее время большинством специалистов. Поэтому семейная диагностика и психотерапия являются составной частью реабилитационной программы. Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. Иными словами, это психотерапия пациента в семье и при помощи семьи. В. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему.

В настоящее время границы между различными методами семейной психотерапии стираются. Оставаясь в своей основе системной, за годы своего развития семейная психотерапия вообрала позитивные моменты структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Например, в структурной терапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. В основе нарративного (повествовательного) подхода в семейной психо-

терапии лежит работа с жизненными историями пациентов (анализ проблемных историй) и создание альтернативных повествований, открывающих новые перспективы для людей. Нарративный подход может служить стратегической линией для системных и психодинамических гипотез.

Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям, акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие цели разных моделей семейной психотерапии можно представить следующим образом: изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу; модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами; создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; коррекция различных форм иерархического несоответствия; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

## **ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА**

Семья – открытая, развивающаяся система, в которой равновесие поддерживается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям.

Наша жизнь протекает в широкой иерархии взаимодействующих систем (от молекулярного уровня до систем космоса). Семейная система представляет собой открытую систему, где члены семьи взаимодействуют друг с другом и с окружающими

системами (школа, производство). Семья — постоянно развивающаяся система вследствие взаимодействия («обратных связей») с внешними системами (биологическими и социальными). Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью. В свою очередь, семья воздействует аналогичным образом на другие системы. Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой стороны — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Эта система имеет следующие характеристики: 1) система как целое больше, чем сумма ее частей; 2) что-либо затрагивающее систему в целом влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3) расстройство или изменение в состоянии одной части системы отражается в изменении других частей и системы в целом.

Живая система характеризуется изменчивостью от хаоса (энтропия) до ригидности по отношению к большому комплексу устойчивых, повторяющихся картин взаимодействия. Здоровые и дисфункциональные члены семьи имеют шанс проявить множество способов реагирования на «обратную связь» из среды. Обратная связь, следовательно, может быть обозначена как системный ответ на требуемые изменения для адаптации. Она может проявляться отказами от изменений, поддерживая гомеостаз (например, оставить вещи такими, какие они есть). Члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В таких семьях притяжение между родителями, супружеская, детская подсистемы имеют по возможности четкие границы. Здоровая семья основывается не на доминировании родителей над детьми, а на том, что сила первых обеспечивает безопасность для вторых. Семейные правила здесь открыты и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи.

## ОТДЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ГАРМОНИЧНОЙ СЕМЬИ

1. Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. Здоровая семья — это место проявления близости, любви, так же как и отрицательных эмоций.

2. Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами.

3. Ее члены поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь).

4. Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим.

5. Родители учат уважать других людей, их различия во вкусах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка.

6. Ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права.

7. Существуют семейные традиции, дети знают своих предков, свои корни.

8. Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы. Допускается смена одних внутрисемейных треугольников другими без возникновения при этом у членов семьи чувства ревности или ненадежности, что жизненно необходимо для установления личностно-социальных границ.

9. Ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни.

10. Уделяется внимание духовной жизни.

11. Уделяется время развлечениям.

12. Поощряется совместный прием пищи.

13. Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы).

14. Члены семьи создают условия для своего личностного роста.

15. Ее члены не стесняются обращаться за помощью и под-

держкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

**Дисфункциональная семья — семья, которая не обеспечивает личного роста каждого из своих членов.**

Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи — ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, служит «коммуникативной метафорой» (шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующая система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой. С системной точки зрения изменение является не единственным решением единственной проблемы, а дилеммой, требующей разрешения.

## **ИНТЕРВЬЮ ПО ГЕНОГРАММЕ**

Является ценным методическим приемом, помогающим и «присоединиться», и быстро сориентироваться в семейной истории. Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помощи семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представленной проблемы к более широкому се-

мейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации к исторической хронологии семейных событий; от легких вопросов к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов к суждениям о взаимоотношениях и далее — к циркулярным гипотезам о семейном функционировании. Когда семья приходит с проблемой, она часто имеет собственную точку зрения на ее природу. Как правило, это ригидный, несистемный взгляд, основанный на вере, что только один человек, носитель симптомов, нуждается в изменении. Любые попытки двигаться непосредственно в другие проблемные зоны семьи часто будут блокироваться яростным их отрицанием. Вопросы по генограмме позволяют проникнуть в сердце семейного опыта (рождения, смерти, болезни и интенсивности взаимоотношений) относительно безопасным для семьи способом и разблокировать важные темы.

Сбор информации касается следующих областей:

состав семьи;

демографическая информация о семье (имена, пол, возраст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи);

настоящее состояние проблемы;

история развития проблемы;

анализ жизненного цикла семьи и линии времени (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т. д.);

реакции семьи на важные события семейной истории;

родительские семьи каждого из супругов.

Целью является сбор информации, по крайней мере, о трех-четырёх поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией являются сведения о приемных детях, выкидышах, абортах, рано умерших детях; о других значимых для семьи людях (друзья, коллеги по работе, учителя, врачи и т. д.); о семейных взаимоотношениях (есть ли в семье какие-либо ее члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом; есть ли кто-нибудь, кто находится в серьезном конфликте; какие члены семьи очень близки друг к другу; кто кому в семье доверяет больше всего; из-за каких тем чаще всего воз-

никают конфликты). Иногда полезно спрашивать, как присутствующие на встрече люди были бы охарактеризованы другими членами семьи. С помощью циркулярных вопросов терапевт и интервьюируемые могут обнаружить различия во взаимоотношениях с разными членами семьи и ввести новую информацию. Анализу подлежат семейные роли; трудные для семьи темы: имеет ли кто-нибудь из членов семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы, проблемы с физическим или сексуальным насилием, употребляют ли в семье наркотики, злоупотребляют ли алкоголем, арестовывались ли когда-нибудь, если «да», то за что, каков их статус сейчас. Очень часто родители говорят, что до подросткового возраста проблем с ребенком не было. Однако при сборе анамнеза выясняется, что проблема возникла задолго до рождения ребенка. Историческая перспектива расширенной семьи нередко выявляет стереотипы отношений (например, созависимости или насилия) и проливает свет на формирование симптома. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на симптомы «идентифицированного пациента». Типы вопросов, задаваемые во время интервью, приведены в Приложении 11.

Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Дискуссия переносится с обсуждения проблемы «кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться» на проблему «как без него будет функционировать семья, и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение».

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились, и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попыт-

ки психотерапевта стимулировать изменения.

Системные нарушения могут проявляться в нескольких формах. «Нормативные временные сдвиги» или «горизонтальные (нормативные) стрессоры» отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи. Они включают начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др. Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препятствиях или неадекватной адаптации при прохождении какого-либо этапа жизненного цикла семьи.

«Системные сдвиги» включают менее выраженные изменения во внутреннем балансе взаимоотношений внутри системы. Они могут провоцироваться транзиторными стадиями или возникать независимо. Транзиторную стадию иллюстрирует факт решения домохозяйки вернуться на работу, когда дети выросли. Этот поступок может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приводя семью к кризису. Независимый сдвиг возможен и в случае смерти матери мужа, контролировавшей его, тогда супруг начнет эмоционально «выпадать» из брака, находя интересы во внебрачной среде.

«Системная травма» – непредсказуемые жизненные события, такие как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Накопление генетических и дисфункциональных стереотипов взаимодействия из поколения в поколение (патологизирующее семейное наследование) относится к вертикальным стрессорам.

В отечественной литературе в семейной психотерапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.): 1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидация семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий. Важно помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяется конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии.



А. Б. Холмогоровой предложен семейный диагноз, состоящий из 4 компонентов (таблица 14).

<b>Семейная структура</b>	<b>Горизонтальные стрессоры</b>	<b>Вертикальные стрессоры</b>	<b>Семейная идеология</b>
<p>1. Связь.</p> <p>Типы: сверхвключенность, разобщенность, автономность, дифференцированность коалиции.</p> <p>2. Иерархия.</p> <p>Типы: низкая, высокая, умеренная, инверсия иерархии.</p> <p>3. Подсистемы.</p> <p>Типы: родительская, детская, прародительская, супружеская.</p> <p>4. Границы.</p> <p>Типы: внутренние — между поколениями, внешние — с внешним миром</p>	<p>1. Цикл развития семьи. Переломные моменты.</p> <p>2. Семейные роли — Смещение ролей — Ролевая гибкость.</p> <p>3. Стереотипы взаимодействия.</p> <p>Частота конфликтов.</p> <p>Степень контроля.</p> <p>4. Циркулирование информации в системе.</p> <p>Семейные секреты.</p> <p>5. Стиль эмоциональной коммуникации в семье: уровень критики, негативных эмоций, выражение чувств, парадоксальные коммуникации, double bind.</p> <p>6. Метакоммуникация — коммуникация по поводу коммуникации.</p> <p>7. Триангуляция — использование третьего в решении конфликтов между двумя другими.</p> <p>8. Стиль воспитания</p>	<p>1. Семейный сценарий: повторяющиеся из поколения в поколение паттерны.</p> <p>2. Спротивление изменениям трудности перестройки.</p> <p>3. Трансмиссия накопление негативных паттернов в трех поколениях.</p> <p>4. Травматические события в семейной истории ранние смерти, тяжелые болезни, жертвы войн и репрессий и т. д.</p> <p>5. Ресурсы для изменений: позитивные аспекты отношений</p>	<p>1. Семейные правила, нормы: конструктивные — дисфункциональные.</p> <p>2. Делегирование требований и ожиданий.</p> <p>Согласованные, несогласованные.</p> <p>3. Мифы деструктивные, дающие опору.</p> <p>4. Семейные ценности, верования и убеждения конструктивные — дисфункциональные .</p> <p>5. Традиции, ритуалы, устойчивые паттерны, объединяющие членов семьи.</p> <p>6. Общий культурный контекст семейной системы: культурные и духовные ценности, стереотипы, нормы</p>

**Таблица 14. Семейный диагноз**

**Семейный диагноз**, представляя собой клиническую основу семейной психотерапии, требует от клинициста знания системного подхода и умения собрать анамнестические сведения. Постановку семейного диагноза может облегчить приведенная ниже схема. Специалисту рекомендуется задать членам семьи и самому себе вопросы и получить информацию о следующих картинах взаимодействия (поведения) в семье.

1. Какие события произошли недавно в семье, ухудшившие ее функционирование?

2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?

3. Почему семья обратилась сейчас?

4. Представляет ли дисфункция семьи острую (кризисную) ситуацию или имеет хронический характер? Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

5. Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отразил» семейную систему? (Инициатор обращения, ответственный член семьи или самый виноватый в проблеме).

6. Связана ли предьявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы?

«Идентифицированный пациент» — член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту.

«Идентифицированный пациент» или «носитель симптома» может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом. В ряде семей пытаются в ответ на системные стрессоры, сдвиги или травмы реагировать усилением ригидных картин

взаимодействия («инконгруэнтная адаптация»). Сохранение или усиление негибких способов реагирования почти универсально в ситуациях страха, возникающего в результате болезни, миграции, расовой дискриминации и других факторов, связанных с потерей, но при длительном использовании этого механизма защиты нарушается естественный обмен энергетикой в семье.

**Симптом и система связаны между собой и служат для каких-то целей семьи.**

Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:

члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказываются разделять ответственность за симптом;

закрытые внешние границы дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем и тем самым блокируют рост и развитие самой семейной системы. Диффузные границы между подсистемами стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно у «идентифицированного пациента»;

блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисгармоничных семьях создает ситуацию перенапряжения, «носитель симптома» произвольно «оттягивает» энергию на себя;

«идентифицированный пациент» помогает сохранять семейный гомеостаз, ребенок – «носитель симптома» подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома).

Позитивная трактовка симптома (переопределение) – поиск позитивного значения симптома или поведения для семейной системы. В тех случаях, когда совершаются насилие, самоубийство, инцест или криминальные действия, положительно определяется мотивация, стоящая за такими поступками, а не сами поступки;

нередко кризис, создаваемый подростком – единственный способ испытать эмоции в семье.

7. Выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник.

8. Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется.

9. Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки).

10. Обратит внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания.

11. Получить информацию, объединяющую людей и события вместе. Кто первым заметил? Кто больше всех беспокоился о проблеме? Какое из событий произвело наибольший эффект на семью? Получение информации о текущем поведении «идентифицированного пациента» помогает определить повторяющиеся картины возникновения проблем (циркулярная последовательность), выяснить попытки борьбы с проблемами и принятые решения, помогает поместить симптом в определенный контекст и сформулировать первичные гипотезы.

12. Выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие).

Границы – воображаемые вехи внутри и между системами, через которые информация переводится из модальности одной системы в другую, используют в описании взаимоотношений между семьей и микросоциальным окружением, а также различными подсистемами внутри семьи. Семейные границы могут быть выражены через правила, которые определяют, кто при-

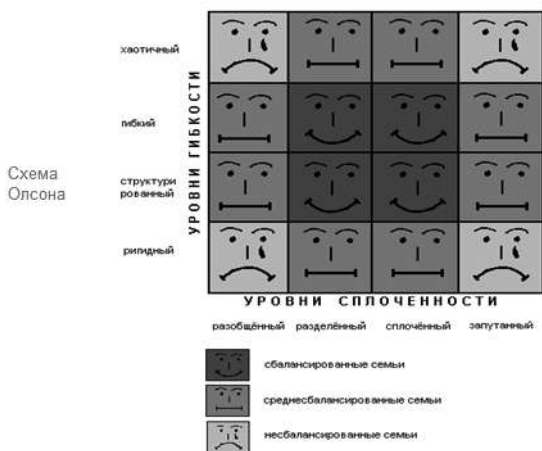
надлежит данной системе или подсистеме и каким образом он ей принадлежит. Границы могут быть ясными, ригидными и диффузными. Ясные границы рассматриваются как здоровые и функциональные. При ригидных границах информация между семейными подсистемами проходит с трудом. Это ведет к эмоциональной отдаленности каждого члена семьи друг от друга (например, отец проводит все время на работе, дети на «молодежных тусовках», мать занимается дачей). Диффузные границы допускают легкое проникновение информации между подсистемами, которое ведет к «запутанному» клубку во внутрисемейных отношениях.

Понятие «подсистема» может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например, членов семьи. Семейные подсистемы определяются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Очень часто подсистема охватывает подгруппу семьи: родительская подсистема, супружеская, детская или женская или мужская подсистемы в семье. Каждый индивид может принадлежать ко многим семейным подсистемам.

Взаимодействия между подсистемами управляются определенными семейными правилами. Природа отношений подсистем – центральный пункт сбора анамнеза для детских психиатров, работающих с семьями – кто кого слушает, кто кого игнорирует, и кто меняется в результате получения информации от другого. Границы могут быть значительно нарушены, например, излишнее слияние между членами семьи, инфантилизация родителей или присвоение родительских функций детьми («перевернутая иерархия»). Специалисту также важно определять границы между семьей и супрасистемой (физической, экономической, интерперсональной и экологической), где семья является составной частью.

Структурная теория утверждает, что дисфункцию системы создают крайние варианты. Если внешние границы слишком жесткие, то происходит мало обменов между семьей и окружением, наступает застой в системе. Если границы слишком слабые, то

у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой.



**Рисунок 28. Схема Олсона, где представлены дисфункциональные семьи**

Внимание к центростремительным или центробежным импульсам помогает адекватно в сборе анамнеза. Центростремительная картина вытекает из «ригидной системы» С. Минухина, где «идентифицированный пациент» связан жесткими семейными границами. На схеме Олсона (рис. 28) это ригидно-запутанный тип. Положительное подкрепление чаще всего возникает внутри системы, чем снаружи, а личностный рост и отделение члена семьи воспринимается с высокой степенью амбивалентности. При центробежных картинах пациент (часто ребенок) рано и настойчиво изгоняется из семьи. Система имеет недостаток внутреннего сплочения, и члены семьи находят положительное подкрепление вне семьи. Очень важно выявить такие картины рано, так как это будет способствовать предупреждению болез-

ней.

13. Исследовать семейный треугольник. Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение.

14. Исследовать семейные секреты. Когда мы исследуем сильные стрессовые события в семье, необходимо определить, нет ли избытка неотрагированных потерь и дистрессов, а также – семейных секретов (табу).

Секрет – это информация, скрывающаяся от других людей. Многие семьи имеют секреты, касающиеся добрачной беременности, суицида родственника, криминальной деятельности деда и других событий. Клиническое значение секрета состоит в тайной власти его над каким-либо членом семьи. Определенные секреты могут усилить уязвимость одного члена, смущение другого, спровоцировать на неблагоприятный поступок из-за нежелания огласки. Роль секрета – стабилизировать или защищать семейную систему. Это не простая вещь – хранить информацию и не раскрывать ее. Значительное количество энергии идет на ограничение и поддержание секрета. Секреты чаще всего представлены на сознательном уровне, но могут быть и неосознанными. Хотя все члены семьи знают о секрете, сам секрет редко упоминается внутри системы.

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: внимательным слушанием и улавливанием деталей, выявлением болезненных тем у семьи и «вытаскиванием» их путем вопросов; способностью внедриться в конфликтный разговор, делать логические скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, которые могут «рассхатать» правила семьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаружения.

Появление «носителя симптома» может быть инконгруэнтной попыткой в необычной форме воздействовать на ригидную систему без нарушения ее законов, системы правил семьи.

15. Доступна ли семья, включая «носителя симптома», к из-



менениям? После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующим шагом ему необходимо составить терапевтический контракт с семьей, сформулировав условия курса терапии. Это осуществляется путем определения связи между симптомом и системой и постановки дилеммы изменений. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать симптом у «идентифицированного пациента», но сопротивляться изменениям.

16. Определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям.

17. Выяснить влияние на семью других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников).

18. Убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этой семьей. Обратите внимание на Ваш собственный эмоциональный ответ на внедрение в семейную систему. Есть ли ощущение закрытости, защищенности, диффузности или отсутствия границ? Эти реакции обычно дают ключи к внешним системным границам и к предполагаемым стратегиям для дальнейшего вхождения в систему. Проверьте систему на ее относительную толерантность к отделению. Например, можно вовлечь пациента в диалог о будущем или о женитьбе, используя свой собственный стиль, возможно, в игровой манере, а затем наблюдать за резонансом системы на подобное вмешательство.

*Реконструкция семейных отношений.* Хотя трудно отделить диагностическую и терапевтическую части при проведении семейной психотерапии, в системной семейной психотерапии условно выделяют следующие ее этапы: объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой ею структуре ролей; формулирование терапевтического запроса; реконструкция семейных отношений.

Присоединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения. Существует 3 типа присоединения по С. Минухину: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее вовлеченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме. Позиция психотерапевта нейтральна на первом этапе и заключается в минимизации комментариев на прямые и не прямые сообщения и невербальное поведение. Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез происхождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используется прием «генерализации»: «В некоторых семьях типа Вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходили следующие варианты...».

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуникации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, поддерживающий ее правила, но заставляет правила работать в своих целях для семьи.

Отражение состоит в адаптации семейного стиля, эмоций, соответствующих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт использует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может воспроизвести психотерапевт. Последний может присоединиться к изолированному отцу через сигарету или снимая галстук (если клиент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

Э. Г. Эйдемиллер разработал технологию формулирования терапевтического запроса в следующей последовательности: XR – UR – ZR, где X – уровень запроса «лечите моего ребен-

ка», U — уровень осознания себя как неэффективных родителей, Z — уровень осознания своей некомпетентности как супругов, R — ресурсные состояния отдельных ее членов и семьи как системы. На этапе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят достичь в ходе психотерапии. Важно вовлечь родителей в семейную психотерапию.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника — это прием, посредством которого решается та или иная задача. Минухин применение техник семейной психотерапии сводит к осуществлению трех основных задач: критике симптома, критике (вызову) семейной структуре и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т. д.). Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов. Остановимся на некоторых из них.

*Вызов семейной структуре.* Эта техника направлена на изменение иерархических отношений членов семьи через изменение существующего распределения влияния внутри семейной системы. Описана следующая процедура применения данной методики.

1. Проблема, с которой приходит семья, подвергается сомнению. Психотерапевт подвергает сомнению точку зрения семьи о том, что существует лишь один определенный «идентифицированный пациент». Он наблюдает, как действуют члены семьи и как устроена семейная система. Занимая иерархическую позицию эксперта, терапевт может утверждать: «Я вижу нечто иное, происходящее в семье, что опровергает Ваше мнение о том, где кроется болезнь». Часто он оспаривает мнение о том, что семейная проблема заключена только в одном человеке: «У Вашей семьи проблема в том, как Вы общаетесь друг с другом». «Идентифицированный пациент» может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация на нем внимания семьи отвлекает ее от иных проблем, например, дли-

тельного супружеского конфликта.

2. Сомнение в контроле. Психотерапевт сомневается в том, что один из членов семьи в состоянии контролировать всю семейную систему. Например, психотерапевт характеризует поведение одного члена семьи и возлагает ответственность за него на других. Обращаясь к подростку, он говорит: «Ты ведешь себя так, будто тебе 4 года» – и, повернувшись к родителям, спрашивает: «Как Вам удалось сохранить его столь юным?». Психотерапевт одновременно присоединяется к субъекту и атакует его поведение. При этом «идентифицированный пациент» не сопротивляется критике, так как ответственность за такое поведение возложена на родителей.

3. Сомнение во временной последовательности событий, которую предъявляет семья. Психотерапевт подвергает сомнению хронологию событий в семье, расширяя временную перспективу и, таким образом, рассматривая поведение индивида как часть какого-то большего целого. Он дает возможность увидеть семье стереотипы взаимоотношений, а не действия отдельного индивида. Психотерапевт может подчеркивать, что общение членов семьи подчиняется правилам, которые относятся не к отдельным индивидам, а к системе в целом. Например, в семье с запутанными границами subsystem ребенок чихает, а мать передает отцу носовой платок для него... Психотерапевт говорит: «Будьте здоровы, смотрите, как одно чихание привело в действие всех. Сразу видно, что в Вашей семье люди помогают друг другу».

*Психотерапевтический контракт.* Целью этого приема является установление и закрепление обычно в письменной форме взаимного соглашения всех «договаривающихся сторон» на проведение конкретной работы. В контракте обговаривается ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, заключающих контракт, установление критериев достижения целей (временной, количественный и т. д.), описание позитивных и негативных последствий в случае выполнения и невыполнения условий контракта, определение специфики условий для

каждого партнера. Согласно оперантному научению позитивные подкрепления должны следовать независимо от контракта. Первые контракты должны содержать быстрые и легко достижимые цели (принцип маленьких шагов). Контракт и цель рекомендует-ся формулировать в позитивных терминах. Как психотерапевтический прием он может использоваться на занятии, например, можно предложить двум членам семьи общаться только через психотерапевта.

Эксперимент возникает на каждом занятии, так как психоте-рапевт присоединяется к системе и чувствует ее давление. Все психотерапевтические техники определяют упругость семьи и способность к изменениям. В результате использования этого приема предполагаются изменения семейного гомеостаза. На-пример, вовлеченную в проблемы сына мать «отключают» от него и дают задания провести вечер вместе с мужем вне до-ма или съездить с другим членом семьи в гости на несколько дней.

В процессе проведения эксперимента могут возникнуть из-менения гомеостаза и последующее напряжение. Иллюстрацией к этому выводу служит отказ от сотрудничества находящейся в перенапряженном состоянии матери, что может еще больше дезорганизовать семью. Об этом следует помнить психотерапев-ту и заранее узнать, что может произойти в семье в случае ис-чезновения «симптома». Если не предупредить о возможном кризисе, семья может также прекратить лечение.

*Выявление семейных транзактных картин взаимодействия.* Пациенты часто демонстрируют картины взаимодействия меж-ду членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) на психотерапевтическом сеансе также облегчает диагностику коммуникативного стиля. В идеале каждый член семьи учится смотреть на проблему гла-зами другого члена, видеть и чувствовать проблему с позиции другого. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например, интеллектуализацию и дает возможность заменить

однообразии интервью на активность и действие.

*Социометрические приемы и техники.* Сама рассадка членов семьи уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение рассадки меняет границы семьи. Попросив двух членов семьи, которые не общаются друг с другом, сесть рядом или друг напротив друга, используя приемы «семейная скульптура», «семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты и дает возможность отреагировать эмоции.

Преимущества социометрических техник и приемов заключаются в следующем:

1. Они дают возможность уменьшить монотонность семейной дискуссии, наглядно изображая семейные конфликты через «терапию действием».

2. Они помещают прошлое, настоящее и будущее в ситуацию «здесь и сейчас».

3. Они усиливают и кристаллизуют ролевое поведение членов семьи.

4. Они представляют собой своеобразную форму метакоммуникации. Пациенту легче бывает показать суть конфликта, чем рассказать о нем. Когда треугольники, альянсы и конфликты наглядно и символически изображены, появляются различные возможности для взаимодействия на основе чувств в их тончайших оттенках.

5. Они дают возможность психотерапевту прямого вмешательства в семейную систему.

*Определение границ.* Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом психотерапевту для проработки с семьей. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Иной раз возникает ситуация, когда ребенок уверен, что он отвечает за действия одного из родителей, и пытается контролировать его во всем. «Расчерчивание границ» может начинаться с вопроса, кто за что отвечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии

члены семьи должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность.

*Предоставление заданий.* Задания могут даваться во время психотерапевтического занятия или в виде домашних заданий. Если обсудить какую-либо проблему в присутствии психотерапевта или попросить главу семьи помолчать 5 минут, а малоразговорчивого члена семьи рассказать о той или иной проблеме, то это может быстро привести к позитивным сдвигам за счет создания равенства позиций. Отцу, отказывающемуся от поездки, можно рекомендовать осуществить ее. Сыну, который чаще общается с матерью, предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр или на концерт. Мужу – сделать сюрприз жене, не сообщая ей об этом. Любой совместный эксперимент может оказаться полезным. Психотерапевт прямо не работает с симптомом. Если симптом другого члена семьи исчезает прежде, чем у «идентифицированного пациента», семья может прекратить лечение. Симптом может быть усилен с помощью парадоксальных приемов для лучшего осознания семьей его необходимости. Так в случае алкоголизма у мужа, жене, которая все годы супружества контролировала мужа, предлагается вести независимый образ жизни (например, поехать одной в туристическую поездку).

*Психотерапевтическая работа с одной подсистемой.* Стратегическая семейная психотерапия, специфика которой характеризуется активными попытками терапевта сделать членов семьи ответственными друг за друга, формированием терапевтических альянсов, более частыми (по сравнению с другими подходами) встречами с членами семьи по отдельности, иногда дает возможность работы с «идентифицированным пациентом» заочно. Такая ситуация нередко возникает в случае прихода одного из значимых членов семьи и отказа на встречу с психотерапевтом другого члена семьи. Исходя из принципов системной семейной терапии, ставится следующая цель: при изменении поведения одного члена семейной системы у другого есть шанс тоже измениться.

*Семейная психотерапия пациентов с алкоголизмом и наркоманией* (аддиктивным поведением). Можно выделить общие цели, которых должна достичь семейная системная психотерапия в комплексной реабилитации зависимых: 1) определить наркоманию как семейную проблему; 2) выявить, какие факторы в семье поддерживают злоупотребление психоактивными веществами пациентом; 3) уменьшить сопротивление семьи к лечению; 4) прервать повторяющиеся конфликты между членами семьи; 5) восстановить влияние родителей на пациента (семейную иерархию); 6) найти ресурсы семьи и пациента, способные усилить сопротивляемость стрессу; 7) подобрать индивидуальные стратегии вмешательства для реконструкции семейных отношений; 8) разрешить личностные проблемы родителей, поддерживающие симптом (зависимость от психоактивных веществ).

Семейная психотерапия зависимого поведения начинается с выдвижения гипотезы о том, что прием психоактивных веществ возник в результате дисфункции семьи. Это проблема не только семьи, но и микросоциального окружения, с которым пациент взаимодействует. Хотя бы раз следует собрать всю семью для проведения интервью и составления семейного диагноза — «карты семьи». С началом интервью гипотеза проверяется реальной семейной ситуацией. Если семейная ситуация не изменится, у пациента возможен рецидив нарушения поведения, несмотря на предпринимаемые меры. Работа с семьей начинается с присоединения как к семейной системе, так и к каждому ее члену. Акцентируется внимание на вербальном и невербальном поведении участников встречи и «картине» их взаимодействия. Нейтральная позиция и сохранение статуса «эксперта» — важная задача психотерапевта. Если последний отступает от этого правила и присоединяется к проблемному пациенту — нередко происходит «срыв» психотерапии.

В ходе диагностических сеансов полезным приемом может оказаться применение циркулярного метода опроса, заключающегося в том, что психотерапевт использует предыдущую информацию с целью постановки последующих вопросов членам



семьи для выяснения отношения между ними. В отличие от прямых вопросов о внутрисемейных взаимоотношениях такая техника дает более существенную информацию как психотерапевту, так и семье. Интервью рекомендуется начинать с инициатора обращения, так как он несет бóльшую ответственность за семью. Реакции одного члена семьи провоцируют то или иное поведение другого, что, в свою очередь, закрепляет поведение первого. Ярким примером подкрепляющего поведения является сверхвнимание, получаемое «носителем симптома» от других членов семьи. Попытка психотерапевта изменить сложившиеся стереотипы приводит к сопротивлению членов семьи, а также к усилению или хронизации симптоматического поведения.

Гипотеза подтверждается, когда обнаружена связь между появлением симптома у его «носителя» и взаимоотношениями в семейной системе. Во время консультирования психотерапевт создает условия для разделения ответственности за проблему между всеми членами семьи — выход на «один уровень». Например, если семья приходит с установкой, где все обвиняют пациента в «плохом поведении», то вопросы типа: «Кто еще ведет себя подобным образом?» или «Почему брат ведет себя хорошо?» — будут стимулировать принятие ответственности за создавшуюся ситуацию всеми членами семьи. Можно использовать гипотетические вопросы, начинающиеся с «если». Они помогают психотерапевту уменьшить сопротивление и раскрыть истинность обращения.

Конфликты между другими членами семьи игнорируются и минимизируются, пока «идентифицированный пациент» не придет к «норме». Прекращая злоупотреблять психоактивными веществами, «носитель проблемного поведения» усиливает нестабильность семьи. Родители имеют шанс развестись или заболеть. Увеличение приема психоактивных веществ — частая картина стабилизации семьи. Если психотерапевт объединяется с родителями против проблемы пациента, они становятся его союзниками, и пациенту нет необходимости их «спасать».

Рекомендуется избегать обвинения родителей и искать под-

крепляющие методы для последующего решения проблем. Следует стимулировать родителей говорить о своем проблемном родственнике в положительном ключе, искать его ресурсы. Исследовать, что помогало семье решать подобные проблемы в прошлом. Предполагается, что на данный момент семья находится в кризисе, и «носитель симптома» отражает его. Например, можно сообщить семье, что Таня злоупотребляет алкоголем для поддержания внимания к ней родителей, или Иван делает такие вещи, которые жена считает неприличными, но делает это для сохранения брака.

Наличие множества собственных «нерешенных» проблем в «родительской подсистеме», проецируемых на «детскую подсистему» (особенно в случаях нарушения границ между подсистемами по типу «запутанного клубка» по С. Минухину), служат причиной рецидивов аддиктивного поведения. Следует рекомендовать таким родителям включиться в тренинг родительской компетентности, посещать группу поддержки родственников, имеющих в семье больного алкоголизмом или наркоманией, или получить любую другую доступную в данном регионе форму психологической помощи.

Говоря о различных направлениях в семейной психотерапии, необходимо сделать акцент на том, что приверженность терапевта одному подходу не дает гарантии того, что терапия будет успешной. В идеале не предпочтения психотерапевта являются доминирующим фактором эффективности терапии, а особенности семьи и специфика ее проблемы.

Например, в семьях, содержащих «идентифицированного пациента» с наркотической зависимостью, изолированное использование нарративного подхода вряд ли будет эффективным.

## ТРЕНИНГ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Подобно другим постмодернистским подходам, модель семейной терапии с элементами психообразовательного подхода заметно отличается от традиционной семейной психотерапии, когда внимание обычно сосредоточено на редукции симптома, что равносильно устранению проблемы. При психообразовательном подходе психотерапевт помогает членам семьи понять происхождение проблемы, совладать с ней и получить ориентиры для работы.

Психообразовательный подход осуществляется в групповой форме, поэтому участники имеют возможность получить поддержку друг от друга, что способствует снижению негативных эмоций из-за «идентифицированного пациента». Мы обозначили наш вариант психообразовательного подхода как «тренинг родительской компетентности».

Термин «тренинг родительской компетентности» соотносится с понятиями «семья как ко-терапевт» и «руководство родителями».

*Методология психообразовательного подхода.* Основы концепции тренинга родительской компетентности проистекают из психообразовательного подхода и когнитивно-поведенческой психотерапии. Позднее нами в его методическое обеспечение были включены элементы теории коммуникации, семейной терапии, клинических ролевых игр. Родительский тренинг – это особая систематическая психопрофилактическая и лечебная форма работы с родителями.

Как психотерапевтический метод родительский тренинг является опосредованным подходом к психотерапии «идентифицированного пациента» и опирается на принципы системного подхода. Это означает, что психотерапия с родителями может проходить даже без непосредственного присутствия детей.

Между тем концепции родительского тренинга могут иметь более сложные целевые установки: совместная работа с родителями направлена на изменение систем ценностей, способности

к переживаниям, а также поведения и образа жизни родителей. Они служат задаче психического оздоровления ребенка и способствуют процессу его развития путем достижения взаимопонимания между родителями и ребенком, выработке адекватных форм воспитательного взаимодействия, снятию напряженности, улучшению настроения и обеспечению больших возможностей для преодоления проблем.

Обоснованием для применения тренинга служит признание воспитательной компетентности родителей и их способности совместно влиять на приобретение пациентом социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи для развития ребенка и помогать в решении трудных проблем. Метод основан также на решающем влиянии, которое родители оказывают на жизненные обстоятельства, например, жилищные условия и режим дня пациента. При этом исходят не из «психотерапевтической одаренности» родителей, а просто учитывают тот факт, что и незначительные воздействия со стороны всей семьи в поддержку специальных психотерапевтических мероприятий по отношению к ребенку существенно повышают эффективность психотерапии. Родители, в соответствии со своими индивидуальными возможностями, включаются в процесс психотерапии ребенка как «помощники». Роль психолога (психотерапевта) — это роль тренера, который стремится содействовать выработке у родителей способности помогать в развитии своему ребенку, имеющему психические отклонения.

Следует отметить, что форма обучения и способ представления материала (например, лекция, видеofilm, брошюры) зависят от уровня подготовленности родителей, времени, отведенного на тренинг, возраста пациентов и вида проблемного поведения.

*Подготовка и организация тренинга родительской компетентности.* Родителям, которые ищут помощь в связи с трудностями поведения их ребенка (даже, если это пациент, которому уже далеко за 30), требуется консультация психолога или психотерапевта, имеющего специализацию по семейной психотера-

пии. Они благодарны, если с самого начала чувствуют уважительное отношение к себе со стороны специалиста. Компетентность родителей в вопросах воспитания часто недостаточна, но они не должны уходить с первого приема с усилившимся чувством вины. Многие родители в состоянии научиться психотерапевтическим и педагогическим приемам и эффективно применять их на благо собственного ребенка. Взаимоотношения между психологом и родителями должны быть тактичными, уважительными и поддерживающими. *Поддержка, оказываемая родителям, должна включать следующие аспекты:*

- интерес к имеющимся в семье ресурсам;
- психодиагностика семейной системы;
- снижение эмоционального напряжения;
- уменьшение иррациональных установок.

Семья обязательно должна быть включена в реабилитационный процесс, в котором участвует пациент, а семейные ресурсы самопомощи с самого начала служат составной частью реабилитации. Присоединение психолога к родителям означает объединение возможностей помощи со стороны семьи с компетентностью специалистов (кумулятивный эффект).

При работе с семьей выделяется время для обсуждения индивидуальных целей каждого родителя. При этом анализируются аффективные, поведенческие и когнитивные ожидания каждого члена семьи.

Несмотря на концептуальные различия, можно представить цели различных подходов семейной психотерапии следующим образом:

- изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу;
- модификация проницаемости границ между подсистемами;
- создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство;
- уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи

в симптоматическое поведение одного из родственников;  
коррекция различных форм иерархического несоответствия;  
прерывание дисфункциональных стереотипов поведения,  
взятых из родительской семьи;  
вынесение на поверхность важных «незаконченных дел»;  
открытие семейных секретов;  
улучшение коммуникативного стиля между членами семьи;  
облегчение симптомов без возникновения новых сложностей у каких-либо членов семьи.  
Таким образом, работа с семьей наркозависимых является важной частью реабилитационной программы.

## **МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГА РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ**

Подбирая родителей для участия в тренинге, целесообразно объединять тех из них, кто имеет сходные проблемы. При этом лучше объединять не семейные пары, а отдельно отцов или матерей из разных семей. Впоследствии на занятия могут приходиться оба партнера: это помогает следить за особенностями семейной динамики. В количественном отношении группа состоит из 6–8 родителей. Тематическая группа способствует обмену опытом между семьями, помогает снять напряжение у родителей, спланирует их.

Особое внимание уделяется отделению родительской подсистемы в семье от детской, восстановлению внутрисемейных границ и иерархии, формированию прав и обязанностей членов семьи, обучению адекватной коммуникации.

Предметом родительского тренинга является изменение взаимодействий в процессе воспитания. *Анализ интеракций* (стереотипов поведенческих взаимодействий) – *важнейший принцип родительского тренинга*.

Для решения проблемы продумываются и прорабатываются в упражнениях альтернативные воспитательные методы:

Накопление идей путем совместных размышлений (мозго-

вой штурм). С мотивированным родителем вначале определяется цель воспитательных усилий (например, устранение поведения, связанного с воровством денег). Затем группа родителей продумывает предложения возможных ситуативных и поведенческих изменений.

Накопление идей методом проб и ошибок (ролевая игра и наблюдение). Предложение, которое родителю-участнику кажется удачным, проигрывается в сценке. В процессе ролевой игры появляются новые возможности решения проблемы. Решающий принцип состоит в том, что обсуждаются не ошибочные или неудачные попытки, а лишь те действия, которые позволили выявить персональные воспитательные способности или ситуативные возможности родителей, представляющиеся значимыми для преодоления проблемы.

Движение в обучении: от понимания проблемы к действиям по ее решению посредством выполнения домашнего задания.

Содержательная часть программы психологического просвещения учитывает современные научные достижения и состоит из теоретической и практической частей. Родители обеспечиваются методическими и дидактическими материалами. Основные теоретические положения следует написать на плакатах или демонстрировать в виде слайдов.

Главной целью тренинга родительской компетентности является формирование эффективных стратегий поведения родителей по отношению к наркоману, стимулирующих изменение, как в ребенке, так и в семейной системе в целом.

Цель тренинга достигается посредством *решения следующих задач*:

1. Выявление неэффективных стратегий и методов решения проблемы наркозависимости родственниками.
2. Выявление и обозначение влияния на жизнь членов семьи наркотизации ребенка.
3. Обучение родственников определению состояния интоксикации ПАВ по внешним признакам.
4. Обучение родственников определению шантажного пове-

дения наркозависимых.

5. Обучение родственников технике эффективной коммуникации с наркозависимым.

6. Обучение родственников передаче ответственности наркозависимому за собственные действия.

7. Обучение родственников основам построения взаимоотношений с наркозависимыми.

8. Обучение родственников эффективным методам решения спорных и конфликтных ситуаций.

9. Определение мишеней для семейной психотерапии.

Мы ограничимся примерным содержанием только части наиболее важных занятий, так как большинство упражнений и разработок легко найти в доступной литературе.

## **ЗАНЯТИЕ №1.СОЗАВИСИМОСТЬ**

Что такое созависимость?

*Понятие созависимости.* **Созависимость** (co-dependence) – патологическая эмоциональная зависимость от другого человека, когда родственники и близкие ориентированы на удовлетворение потребностей Зависимого, подавляя при этом собственные желания. Игнорирование собственных нужд ведет к возникновению психологических и социальных проблем, к появлению хронического чувства тревоги, к вспышкам раздражения и агрессии, неуверенности перед будущим, снижению самооценки, возникновению чувства вины, замкнутости, трудоголизма, переедания, невротических и сексуальных расстройств и т. д. Созависимость – это психическое состояние родственников больных зависимостью. Болезнь химически зависимого становится стрессом для всех членов семьи. Они оказываются зависимыми от его состояния, от того, когда, что и сколько он употребляет. При этом симптомы созависимости зеркально отражают симптомы зависимого поведения.

1.Занятость мыслей предметом зависимости.

При созависимости этим предметом является сам зависи-



мый. Родственникам приходится постоянно думать, что делать, как вытащить его из употребления. Они перестают думать о себе и думают только о нем. Отношения с ним становятся смыслом их жизни, а спасение его от пьянства или наркотиков — главной жизненной задачей. Созависимый использует отношения также, как зависимый — употребление: чтобы забыться, уйти от себя, от своих проблем.

## 2. Утрата контроля.

Зависимый пытается контролировать количество употребления, а созависимый пытается контролировать жизнь зависимого человека. Но каждый раз эти попытки оканчиваются неудачей. Таким образом, родственник теряет контроль и над собственной жизнью. У него, как и у зависимого, возникают резкие перепады настроения — от безнадежности к надежде, и опять к панике и отчаянию.

Контроль может быть как прямым, так и косвенным. Прямой — это приказы, повелительный тон. Косвенный — это угрозы и запугивания, упреки, критика, навешивание ярлыков, принижение значимости проблемы и чувств. Контроль может также маскироваться под ласку и уговоры — с целью добиться своего.

## 3. Отрицание как форма психологической защиты.

Зависимый человек отрицает свою зависимость, а созависимый отрицает, что у него самого есть какие-то психологические проблемы. Чтобы контролировать другого, надо прятать свои негативные чувства — гнев, обиду, раздражение, заменять их на более «благовидные». Контроль за проявлением собственных чувств приводит к общей потере способности чувствовать. Созависимый член семьи отрицает чувства, которые вызывают душевную боль — чувство вины, неверие в себя, ощущение жизненного краха.

Созависимый до последней возможности отрицает также факт алкоголизма или наркомании, пускается в объяснения, оправдывает зависимого. Создается паутина лжи, неуверенности, растут претензии, агрессивность в отношениях. Созависимость — это прогрессирующее состояние, приводящее к депрес-

сиям, соматическим заболеваниям, гипертонии, головным болям и т. д. Созависимый забывает о своем теле, как бы «покидает» его, концентрируясь на другом человеке. И тело реагирует на это болезнями. Останавливается личностный и духовный рост, возрастает чувство одиночества, социальной изоляции, так как стыдно признаться окружающим. Созависимому члену семьи нужно эмоциональное отрезвление.

### **ФОРМИРОВАНИЕ СОЗАВИСИМОСТИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Ребенок рождается беспомощным и полностью зависимым от матери. Между ними устанавливается очень тесная физическая и эмоциональная связь, которая называется симбиотической. Если этот период проходит благополучно, ребенок чувствует себя в безопасности, у него развивается базовое доверие к окружающему миру. В этом случае к 2–3 годам он готов самостоятельно исследовать окружающий мир. Это возраст психологического рождения, когда ребенок уже может быть относительно независим от матери. Он может самостоятельно передвигаться, развивается речь, появляется ощущение своего Я.

Но если зависимость ребенка от матери не уменьшается по мере взросления, психологического рождения не происходит, или оно идет по неправильному пути. Причиной может быть сознательное или бессознательное отвержение ребенка матерью, разлука по объективным обстоятельствам. Тогда у маленького ребенка возрастает тревога, он начинает цепляться за мать.

Многие характеристики созависимого человека сходны с чертами 2–3х летнего ребенка, который психологически еще не отделился от матери. Он зависим от ее чувств, не знает, что для него хорошо и что плохо, полагается на маму, предоставляет ей заботиться о нем. Но в созависимости видны черты не просто очень маленького, но и сильно травмированного ребенка. У него не было чувства безопасности в младенческом возрасте, а был груз потерь, разлук, негативного отношения

со стороны взрослых, насилия. Чтобы выжить, ребенку надо было приспосабливаться: забыть о своих чувствах и ловить настроение окружающих, манипулировать ими, становясь в позицию Жертвы (Мученик, Бунтарь, Шут и т.д.).

Такой ребенок боится отделиться от матери, потому что это означает ужас одиночества и беспомощности. Но он не может чувствовать близость к матери, потому что боится, что она его поглотит, он не будет существовать как самостоятельная личность. Эти противоречивые чувства проявляются потом и в отношениях с зависимым человеком.

В подростковом возрасте человек психологически рождается в социум, он эмоционально отделяется от семьи. Теперь его интересы и цели лежат вне семьи. Если родители пытаются удержать подростка в симбиотической связи, возникает тревога разделения. Чтобы снизить тревогу, подросток ищет опору в группе сверстников. Его привлекают тоталитарные группировки с четкой внутренней структурой и иерархией. В них можно отыгрывать те роли, которым он научился в дисфункциональной семье. А в таких группировках циркулируют алкоголь и наркотики, то есть возникает риск зависимости. Так созависимый подросток может стать химически зависимым, и круг повторяется.

## **КАК ВЫБИРАТЬСЯ ИЗ СОЗАВИСИМОСТИ**

Аддикция разрушает семьи в той же мере, что и самих пациентов. Жить с зависимым человеком, неважно какой он аддикцией страдает (химическая, игровая, работоголизм), истощает. Член семьи мечется между двумя дилеммами: как помочь аддикту и как избежать вовлечения в аддиктивный мир.

Выздоровление от созависимости — это процесс, который требует много времени и сил.

Это личное выздоровление каждого члена семьи. Созависимые проходят «процесс повзросления» уже во взрослом возрасте. Это очень болезненно.

1 этап — это отказ от отрицания и осознание проблемы. Это-

му может способствовать семейный кризис, когда отрицать уже невозможно, созависимый оказывается лицом к лицу с реальностью. Поддержать его может обращение к 12-и шаговой программе для родственников зависимых Ал-Анон, посещение групп.

2 этап. При осознании проблемы защитные механизмы созависимого могут рухнуть, боль, гнев, обида прорываются наружу. Начинается процесс осознания собственной жизни. Реальная оценка ситуации помогает освободиться от страха, появляется надежда на выздоровление, поиск ресурсов как внутренних, так и поддержки в ближайшем окружении.

3 этап. Начинается практическая работа над своими проблемами. Человек отказывается от прежних стереотипов поведения. Не следует фантазировать, что вернется старая жизнь. Предыдущая жизнь во многом была связана с теми событиями, которые сейчас происходят.

А. Отказ от ненависти к себе, умение принимать себя. Важно простить себя за все ошибки, учиться доставлять себе удовольствия, заботиться о себе — о своем теле, о своих чувствах, о своем духовном росте. Следует вести себя так, как будто ребенок болен тяжелой болезнью. Что бы вы делали, если бы это был рак или инфаркт?

Б. Отказ от игры во власть и руководство. Нельзя управлять отношениями лишь силой воли. Облегчение приносит признание того факта, что твои возможности ограничены. Ответственность за употребление возвращается зависимому члену семьи. Доверие жизни, судьбе, вера в божественную силу помогают отказать от контролирования других людей.

В. Отказ от ролей созависимости. Отказ от роли Жертвы — это переход от пассивности к активной позиции. Это развитие способности защищать себя, свои личностные границы, осознание своих собственных прав, умение отдыхать. Член семьи осознает свои права, ставит свои собственные цели. Отказ от роли Спасателя — это умение просить, принимать помощь, оказывать помощь только в том случае, если о ней просят. Происходит пе-

реход от созависимости к взаимозависимости. Задайте себе вопрос: «Не слишком ли много времени я трачу на другого человека?»

Г. Отказ от замораживания своих чувств. Любые негативные чувства имеют право на существование. Страх и неуверенность, гнев, стыд, обида, чувство одиночества, вина, бунтарство и апатия ослабляются после того, как они пережиты во всей полноте. Член семьи может отказаться от черно-белого восприятия окружающего мира и переживать все оттенки удовольствия.

Д. Поиск помощи. Общение с профессионалами. Посещение групп поддержки.

4 этап. Реинтеграция — изменения приводят к новой целостности. Появляется ощущение внутренней наполненности, свободы, принятие себя, стремление к счастью. Созависимый становится на путь выздоровления.

Трудности на этом пути: 1 — Внутренний негативный диалог, в котором проявляются субличности Внутреннего Критика, Саботажника.

2 — препятствия на пути осознания проблем: измененное состояние сознания, которое проявляется в растерянности, запутанности, человек не знает, что ему делать, что ему хочется.

Признак	Зависимость	Созависимость
Охваченность сознанием предметом пристрастия Утрата контроля	Мысль об алкоголе, наркотике доминирует в сознании Над количеством алкоголя или наркотика, над ситуацией, над своей жизнью	Мысль о больном доминирует в сознании Над поведением больного, над собственными чувствами, над жизнью
Отрицание, минимизация, проекция, рационализация – формы психологической защиты	«Я не алкоголик», «Я не очень много пью», «От наркотика мне ничего не будет»	«У меня нет проблем, проблемы у моего мужа (сына)»
Агрессия Преобладающие чувства	Словесная, физическая Душевная боль, вина, стыд	Словесная, физическая Душевная боль, вина, стыд, ненависть, негодование
Рост толерантности Синдром похмелья	Увеличивается переносимость все больших доз вещества Для облегчения синдрома требуется новая доза вещества	Растет выносливость к эмоциональной боли После развода с зависимым человеком вступают в новые деструктивные взаимоотношения
Опьянение	Часто повторяющееся состояние в результате употребления химического вещества	Невозможность спокойно, рассудительно, т.е. трезво мыслить, как часто повторяющееся состояние
Самооценка Физическое здоровье	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение Болезни печени, сердца, желудка, нервной системы	Низкая, допускающая саморазрушающее поведение Гипертензия, головные боли, «невроз» сердца, аритмия, язвенная болезнь
Сопутствующие психические нарушения	Депрессия	Депрессия
Перекрестная зависимость от других веществ	Зависимость от алкоголя, наркотика, транквилизаторов может сочетаться у одного индивида	Помимо зависимости от больного, возможна зависимость от транквилизаторов
Отношение к лечению Условия выздоровления	Отказ от лечения Воздержание от химического вещества, знание концепции болезни. Долгосрочная реабилитация	Отказ от лечения Отстранение, знание концепции созависимости, долгосрочная реабилитация
Эффективные программы выздоровления	Психотерапия, программа 12 шагов, группы самопомощи типа АА	Психотерапия, программа 12 шагов, группы самопомощи типа АА
Течение	Рецидивирующее	Рецидивирующее

**Таблица 15. Признаки зависимости и созависимости**

В ходе занятия рекомендуется выполнить следующие упражнения и задания.

Упражнение.1. Составьте список позитивных высказываний о себе.

Упражнение.2. Рассмотрите признаки созависимости на примере конкретной семьи.

Упражнение 3.Что можно и нужно контролировать в своей жизни, а от чего можно отказаться?

Упражнения 4. Каковы выгоды от прекращения контролирования другого человека?

Домашнее задание. Опишите историю жизни одного из членов вашей семьи – как формировалась созависимость

Домашнее задание Вопросы для самодиагностики по созависимости.

*Заполните шкалу созависимости, поставив «галочку» под*

*подходящим для Вас ответом на вопрос:*

Шкала созависимости

Варианты ответа: **0** – нет; **1** – иногда; **2** – да.

**Примечание:** «член семьи» – это Зависимый член семьи; «другие люди» – все окружающие Вас люди, в первую очередь, близкие.

ВОПРОС	0	1	2
Тревожитесь ли Вы о проблемах других людей, направляете ли свою энергию на решение проблем других людей?			
Теряете ли Вы сон из-за проблем и поведения других людей?			
Думаете и чувствуете ли Вы, что ответственны за других людей — за их чувства, мысли, действия, выбор, желания, потребности, благополучие, судьбу?			
Чувствуете ли Вы злость, когда Ваша помощь оказывается неэффективной?			
Пытаетесь ли Вы доставлять удовольствие другим, вместо того, чтобы самой (самому) получать удовольствие от жизни?			
Даете ли Вы советы другим, когда они не просят Вас об этом?			
Считаете ли Вы себя жертвой, нецененной людьми, которым помогли?			
Чувствуете ли Вы вину, если тратите деньги на себя?			
Бойтесь ли Вы отвержения близких людей?			
Испытываете ли Вы часто чувство вины?			
Бойтесь ли Вы позволить себе быть естественными?			
Бойтесь ли Вы позволить другим людям быть теми, кто они есть?			
Беспокоитесь ли Вы о том, нравитесь ли Вы другим, любят ли Вас другие люди?			
Трудно ли Вам разрешить событиям течь естественным путем?			
Переносите ли Вы оскорбления, чтобы удерживать рядом с собой людей, которых любите?			
Можно ли сказать, что Вы не умеете говорить «нет»?			
Избегаете ли Вы говорить о себе, о своих проблемах, чувствах и мыслях?			
Поддерживаете ли Вы такие отношения, в которых люди причиняют Вам страдания?			
Бойтесь ли Вы вызвать чувство гнева у других людей?			
Стараетесь ли Вы подавлять свои чувства?			
Испытываете ли Вы трудности в сексе, не решаясь просить сделать партнера то, что Вам приятно?			
Испытываете ли Вы финансовые затруднения из-за того, что член семьи употребляет наркотики?			
Приходится ли Вам говорить неправду, чтобы покрывать наркотизацию близкого человека?			
Есть ли у Вас ощущение, что наркотики для Вашего члена семьи значат больше, чем вы сами?			
Думаете ли Вы, что наркотизация члена Вашей семьи связана с тем, что он дружит с определенной компанией?			
Высказываете ли Вы угрозы, например, такого содержания: «Если ты не бросишь наркотики, я выгоню тебя из дома!» или другие угрозы?			



Бойтесь ли Вы огорчить члена семьи из страха, что это спровоцирует срыв?			
Кажется ли Вам, что из-за наркотизации члена семьи Вы не можете уехать куда-то надолго, оставив его одного дома?			
Приходилось ли Вам думать о вызове милиции из-за плохого поведения члена семьи в наркотическом опьянении?			
Приходилось ли Вам искать спрятанные наркотики?			
Есть ли у Вас такое чувство, что если бы член семьи Вас любил, то он прекратил бы употреблять наркотики, чтобы доставить Вам удовольствие?			
Испытываете ли Вы иногда чувство вины из-за того, что контролируете жизнь наркотизирующегося члена семьи?			
Думаете ли Вы, что если бы член семьи прекратил употреблять наркотики, то Ваши другие проблемы были бы разрешены?			
Угрожали ли Вы когда-нибудь нанести себе повреждения с тем, чтобы добиться от наркомана таких слов, как «прости меня», «я люблю тебя»?			
Относились ли Вы когда-либо к людям (детям, сослуживцам, родителям) несправедливо только потому, что злились на кого-то, кто употребляет наркотики?			
Есть ли у Вас такое чувство, что никто на свете не понимает Ваших трудностей?			
Приобрели ли Вы какую-нибудь болезнь (эмоциональную, психическую или физическую) в связи с проживанием с человеком, зависимым от психоактивных веществ?			
СУММА (количество «галочек» в колонках «0», «1» и «2»)			

Подсчет результатов:

**Подсчитывается сумма «галочек» под цифрой 2.**

Выявляется уровень созависимости в процентном соотношении:

**Уровень созависимости = Сумма «галочек» в колонке «2» x 100 / 37**

Мой уровень созависимости = \_\_\_\_.

Выделите в Шкале созависимости три пункта, являющиеся для Вас наиболее проблемными.

**Что родственники могут сделать для аддикта?**

## ЗАНЯТИЕ №2. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ТРЕУГОЛЬНИК С. КАРПМАНА



**Рисунок 29. Треугольник Карпмана**

Треугольник Карпмана – типичная связь трех основных проблемных ролей в отношениях (рис.29). Автор этой идеи – Стивен (или Стефан) Карпман, продолжатель идей Эрика Берна. Согласно этому взгляду, все многообразие ролей может быть сведено к трем основным – Преследователя виноватых, Жертвы преследования и Спасателя. Треугольник, в который объединяются эти роли, символизирует их связь и постоянную смену.

Карпман указывал, что три драматические роли этой игры –

Спасатель, Преследователь и Жертва — являются на самом деле мелодраматическим упрощением реальной жизни. Мы видим себя щедрыми Спасателями благодарной или неблагодарной Жертвы, праведными Преследователями нечестивых и Жертвами жестоких Преследователей.

Спасатель ищет, кого бы спасти, он готов отдать свои силы ради спасения другого человека, а когда силы заканчиваются, он превращается в Преследователя.

Преследователь нападает на того, кого он спасал, будучи спасителем, обвиняет его во всех своих бедах, и становится Жертвой.

Жертва жалеет сама себя и ищет жалости у окружающих. Получив порцию жалости и сочувствия, она снова берется за спасение кого-либо, и становится Спасителем. И так далее. Что же дают человеку эти роли? Основное занятие преследователя — нападение, скандал. Скандал дает сильные эмоции, насыщает жизнь событиями и позволяет сбросить накопившееся за день напряжение. Кроме того, он чувствует свою важность, доказав, что во всем виноваты все остальные, а он такой хороший. Это дает осознание собственного превосходства.

Жертва получает свое в виде самоунижения и самобичевания. Поскольку ее обида, как правило, поддерживается моралью общества — всегда находятся люди, жалеющие ее, страдающие, и даже желающие ей помочь.

Роль Жертвы — это позиция маленького ребенка, находящегося в травматической ситуации, которая затем воспроизводится как в подростковом возрасте, так и у взрослого. Он является жертвой насилия. Жертва защищается, приспособляется к невыносимым условиям. Способы защиты: 1. Конформизм, угодливость, лживость — Жертва оказывается от себя, «выращивает» ложную личность. 2. Отрицание реальности насилия, идеализация своих гонителей. 3. Роль Перфекциониста, семейного героя. Жертва старается делать все лучше всех, чтобы избежать претензий. 4. Роль Бунтаря, когда Жертва втянута в бесконечное сражение с различными агрессорами. 5. Роль Воплощенного

Спокойствия, когда Жертва отстраняется, становится бесчувственной. 6. Роль Шута, когда все переводится в шутки, насмешки. 7. Роль Мученика, когда Жертва все время жалуется, но несет свой тяжкий крест.

Спаситель, наверное, получает самое тонкое и извращенное удовольствие — он возвышается над кем-либо при помощи ощущения своей важности и нужности, решающей роли в жизни другого человека. Его жизнь наполнена смыслом — он живет ради кого-то. В семьях, в которых присутствуют такие отношения, участники постоянно меняются ролями. Их жизнь наполнена событиями, без проживания этих ролей они бы просто заскучали. Если из такой семьи убрать фигуру главного спасителя (того, кто чаще всех находится в этой роли), то вполне возможно, остальные члены семьи начнут задумываться о своей жизни, и как-то ее менять. Главный спаситель — это тот, который «тащит на себе всю семью».

Преследователь осуществляет свою роль с помощью насилия. Виды насилия — физическое, сексуальное, психологическое (эмоциональное), моральное. При этом Преследователь-насильник оправдывает свою роль тем, что это «для твоего же блага».

Погружаясь в любую из этих ролей, мы начинаем игнорировать реальность, как актеры на сцене, которые знают, что живут вымышленной жизнью, но должны делать вид, что верят в ее подлинность, чтобы создать хороший спектакль. При этом мы никогда надолго не задерживаемся в одной роли.

Человек в позиции Жертвы — это человек, который ощущает, что от него ничего не зависит, который верит, что в данной ситуации он не может выбирать свое поведение: «Это все из-за них, а что я мог поделаться?» Тогда очевидно, что все три роли из треугольника Карпмана, а именно «Спасатель», «Жертва» и «Преследователь» — это все три разновидности позиции Жертвы.

Если вы когда-нибудь поговорите со Спасателем на тему «А зачем ты этим занимаешься, почему, и стоит ли это делать», вы можете ощутить к себе ненависть, потому что: «А как же мож-

но здесь не помочь?! Ведь человека обижают, преследуют, он страдает, ему плохо!». Спасатель — тоже заложник, человек в роли Спасателя также опустился в позицию Жертвы.

Так возникает «ловушка созависимости», так называемый драматический треугольник Карпмана. Члены семьи могут поочередно находиться в каждой из ролей. Каждый стремится к выигрышу — получению внимания и заботы — и не получает ее.

Вывод: жертва игнорирует реальность, живет вымышленной жизнью, тем временем реальная жизнь разрушается. Тема следующего занятия: модели поведения жены алкоголика.

В дисфункциональной семье все эти роли являются манипуляциями с целью изменить поведение другого члена семьи, вызвать желательные для себя чувства.

Заключение, подведение итогов, обратная связь: каждый участник (по кругу) может представиться, рассказать о себе (по желанию), сформулировать, что в сегодняшней беседе задело, с чем категорически не согласен, о чем стоит еще поразмышлять, задать вопрос как участникам, так и ведущему.

Домашнее задание. Вспомнить ситуацию, связанную с близким человеком: то, что было сделано по ее исправлению. Чего было больше — помощи или «спасательства»?

### **ЗАНЯТИЕ №3. НАРУШЕНИЯ В СЕМЬЯХ ЗАВИСИМЫХ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИХ УСТРАНЕНИЮ**

Мы стараемся выявлять причины, которые затрудняют построение эффективных взаимоотношений в семье и осложняют процесс выздоровления Зависимого.

В работе с родителями мы чаще всего встречаемся с рядом типичных проблем.

**1. Страх передачи ответственности Зависимому и стремление контролировать каждый его шаг.** Нужно сконцентрироваться на реальности (на том, что происходит в настоящее время),

а не на своих фантазиях (страхи) и негативных воспоминаниях (неудачный опыт). Фантазии (страхи) и воспоминания о неудачном опыте мешают развиваться Вам, Зависимому и Вашей семье. Для того чтобы сконцентрироваться на реальности, необходимо **проявить волю**. Разделите проблему на составные части (см. ниже), выделите ту часть, которая зависит только от Зависимого и передайте ему ответственность за ее решение. Если Вас не оставляют страхи, подкрепляемые негативными воспоминаниями, работайте над Дневником чувств, молитесь, занимайтесь спортом, встречайтесь с друзьями, ходите в кино, музеи, на концерты, выставки и т. д. В общем, делайте все, чтобы не мешать Зависимому постепенно становиться ответственным, учиться на своих ошибках. Вы можете помочь лишь в том случае, если сам Зависимый попросит Вас об этом. Помните правило: *«Лучше не кормить голодного рыбой, а научить его удить, чтоб в следующий раз он сам смог позаботиться о себе»*.

**2. Нарушение границ «Я – Другой».** Часто родственники Зависимого стараются чрезмерно вникать в его дела, проявляют интерес к тому, что было на занятиях Реабилитационной программы, в группе Анонимных наркоманов или Анонимных алкоголиков. Уважая право родителей и близких на информацию, мы, тем не менее, напоминаем: чрезмерный интерес с Вашей стороны будет восприниматься Зависимым как желание контролировать. Необходимо четко соблюдать границы «Я – Другой» в отношениях, это будет выражением уважения с Вашей стороны. Помните, что *Зависимый не обязан информировать Вас о том, что происходит на занятиях, так как существует правило анонимности и конфиденциальности высказываний участников на занятиях группы*.

**3. Требование родителями уважения к себе и отказ в этом ребенку.** Этот пункт связан с предыдущим. Напоминаем, что воспитание и перевоспитание эффективно, когда используется правило *«Делай как я»*. Если вы хотите добиться каких-то изменений от Зависимого, то начинайте менять собственное поведение в отношении него. Если вы хотите, чтобы он относился к вам

с уважением, то продемонстрируйте уважительное отношение к нему: прекратите контролировать Зависимого и не нарушайте границу «Я — Другой», передавайте Зависимому ответственность за решение собственных проблем, не обвиняйте его (ее) в прошлых поступках, советуйтесь с ним (ней) при принятии решений, которые затрагивают всех членов семьи и т. д. *(по поводу конкретной ситуации желательно получить консультацию специалистов Реабилитационной программы)*. После этого Вы вправе рассчитывать на уважение и даже требовать уважительного отношения к своей персоне.

**4. Стремление родителей выполнять большинство задач за детей в раннем детстве и требование самостоятельности в подростковом возрасте, без предварительного обучения их необходимым навыкам.** Как взрослому человеку Вам, наверное, известно, что для обретения навыков необходимы длительные тренировки. Особенно, если мы говорим о социальных навыках. Заставляя Зависимого готовить еду, стирать свои вещи, убирать в комнате, зарабатывать деньги или жить самостоятельно, Вы, скорее всего, обречете его на неудачу, если предварительно не обучите его необходимым навыкам. Если даже Зависимый и умел когда-то делать все это, скорее всего, за время активного употребления наркотиков и алкоголя он успел утратить свои навыки. И теперь навыки необходимо восстанавливать. Дайте шанс Зависимому и после консультации со специалистом выделите период времени, предназначенный для обучения и отработки навыков. Не забывайте правило воспитания: «Хвали ребенка в три раза чаще, чем ругай». Это будет стимулировать его к изменениям.

**5. Отрицательное программирование ребенка: «У тебя не получится!», «Это тебе не по силам!», «Ты ничего не добьешься в жизни!», «Ты закончишь жизнь в тюрьме!» и т. д.** Хочется напомнить, что мысли рождают эмоции, эмоции вызывают желания, а желания побуждают человека к действию. И только потом происходит оценка результатов действий. На самом же деле можно не ждать завершения цикла **мысль — эмоции — же-**

**лание — действие — оценка результатов**, а оценить саму мысль. Зависимые люди отличаются *эмоциональной неустойчивостью*: их легко вывести из равновесия, у них резкие и сильные скачки настроения из «плюса» в «минус», длительные и глубокие депрессивные периоды. Неудивительно, что у них возникают неконтролируемые *желания* и *тяга* к наркотику, которые могут спровоцировать *срыв* и *возврат к употреблению ПАВ*. А всему причиной были *мысли* — воспоминания о «кайфе», о соигольниках, ассоциации, связанные с употреблением наркотиков, которые вызывали соответствующие *эмоции*.

Теперь Вы, наверное, понимаете, как могут быть опасны упреки и всякое негативное программирование. Особенно, если это происходит в первый год трезвости.

**6. Собственный эталон «взрослого поведения», навязываемый детям родителями.** Попробуйте ответить на вопрос: «Всегда ли вы поступали так, как Ваши родители?». Насколько вы являетесь копией своих родителей? Скорее всего, далеко не на 100 процентов. Поэтому с Вашей стороны нечестно требовать от своих детей, чтобы они действовали так, как хотите Вы. Тем более что у них это не получится даже чисто технически. Ведь как не существует двух абсолютно похожих предметов, так и не бывает одинаковых жизненных путей. Будьте мужественны, не поддавайтесь страху, а, доверившись всему самому светлому в Вас и в этом мире, позвольте Зависимому пройти свой путь самостоятельно, совершать и исправлять собственные ошибки, ставить цели и добиваться результатов. Тогда он начнет ценить свои достижения и не захочет возвращаться в наркотический виртуальный мир.

**7. Проекция родителями на ребенка собственных нежелательных качеств.** Часто ли Вы замечаете в Зависимом те качества, которые не любите в себе? Часто ли обвиняете его в грехах, которые и Вам присущи? Если да, то мы рекомендуем начать изменения с себя и свои советы по исправлению опробовать сначала на себе. И не стоит искать оправданий в своем возрасте: изменения по силам всем возрастным категориям. Просто чем



Вы старше, тем дольше нужно будет работать со своими укоренившимися привычками и стереотипами. Но зато и достижения будут более ценными. Тогда Вы сможете на полном основании делиться с Зависимым собственным опытом изменений.

**8. Отсутствие системы правил в семье, приводящее к полной дезориентировке подростка** в выборе жизненного пути. Отсутствие четких правил в семье – прав и обязанностей членов семьи, традиций, общесемейных мероприятий, системы поощрений и наказаний и пр. – является важной предпосылкой для возникновения и развития наркомании, алкоголизма. Человек подсознательно стремится к какой-либо системе. Поэтому отсутствие крепкой семейной системы, обучающей детей успешному интегрированию в общество, приводит к уходу ребенка в альтернативную систему: в дворовое и криминальное сообщество, в наркотическую субкультуру и т. д. Реабилитационная программа является той системой, которая помогает Зависимому возвращаться из наркотической виртуальности в наше общество, фундаментальной ячейкой которого является семья. Поэтому родственникам Зависимого в совместной работе со специалистами необходимо формировать такие правила в семье, которые бы развивали и укрепляли семейные отношения. Одним из таких инструментов является Семейный договор.

**9. Формирование родителями чувства вины у ребенка за принесенные ему жертвы или обвинение его в болезнях, проблемах родственников.** Ответьте на вопрос: «Вы виноваты, что Ваш близкий начал употреблять наркотики?». Правильный ответ – «НЕТ». Потому, что какие бы проблемы ни присутствовали в семье и жизни наркомана, они не являются прямой причиной начала употребления наркотиков. Ведь Вы не показывали ему, как употреблять наркотики?! Если Вы не виноваты в проблемах Зависимого, как он, в свою очередь, может быть виноват в Ваших проблемах? То, что Вы переживаете его употребление наркотиков и алкоголя, является Вашей проблемой. Как бы ни парадоксально и жестоко это ни звучало, но это – Ваша проблема, которая состоит в сильной эмоциональной вовлеченности

в жизнь Зависимого. Необходимо разделить проблему наркомании на составные части и начать решать то, что Вам по силам. А «завязать» с наркотиками предоставьте Зависимому.

Только так Вы можете избавить свою семью от постоянных конфликтов, связанных со взаимными обвинениями. Поверьте, у Зависимого и так очень сильное чувство вины по отношению к своим родственникам и близким. Вина и стыд являются, пожалуй, доминирующими чувствами наркомана и алкоголика. Именно эти чувства они пытаются заглушить посредством употребления наркотиков и алкоголя. И специалистам приходится долго работать с виной и стыдом в реабилитационной программе. Если же Вы своими обвинениями и упреками постоянно усиливаете эти чувства, то этим самым отдаляете выздоровление Зависимого.

Отметьте в списке нарушений те пункты, которые характерны для Вашей семьи (табл.15,16)

Бытовые проблемы	Материальные (финансовые) проблемы	Проблемы во взаимоотношениях	Психологические проблемы членов семьи
Не исполняет обязанности по дому	Крадет ценные вещи из дома	Конфликты и споры с наркозависимым членом семьи	Невозможность планирования своих действий и жизни
Не убирает свою комнату	Крадет деньги	Конфликты и споры между другими членами семьи	Неуверенность в завтрашнем дне
Не моет посуду за собой	Членам семьи приходится возвращать его / ее долги соседям и иным кредиторам	Разобщенность членов семьи	Постоянная тревога и страх
Не убирает места общего пользования	Портит имущество	Нарушение семейных традиций и традиций проведения совместных праздников	Нарушение сна
Не выносит мусор	Не оказывает материальной помощи семье	Невозможность принятия дома гостей	Алкоголизм
Не гуляет с собакой	Члены семьи оплачивают лечение	Невозможность быть искренним с коллегами, друзьями	Переядание
Не стирает свое белье	Члены семьи оплачивают адвоката и иные юридические услуги		Трудоголизм
Не помогает в ремонте квартиры	Члены семьи оплачивают		Сексуальные расстройства
Не помогает на даче	реабилитацию		

**Таблица 15. Пример разделения проблемы наркомании на составные части**

Опираясь на графы таблицы и используя примеры из Вашей семьи, составьте анализ проблемы наркомании в Вашей семье:

Бытовые проблемы	Материальные (финансовые) проблемы	Проблемы во взаимоотношениях	Психологические проблемы членов семьи

**Таблица 16. Пример разделения проблемы наркомании на составные части (для заполнения)**

После обсуждения проблем уместно переходить к рекомендациям по их решению. Предлагаем Вам список рекомендаций, часть из которых, на первый взгляд, не связана напрямую с нар-

компаний. Но, как мы уже говорили, непосредственным выздоровлением от наркотиков пусть занимается сам Зависимый при помощи специалистов и сообщества Анонимных наркоманов/алкоголиков. Вы же очень ему поможете, если направите свою энергию на решение проблем в Ваших отношениях.

Дорогие мои родственники и близкие!

**1. Не расслабляйтесь, если увидите первые результаты моего лечения.** Само по себе нахождение в реабилитационном центре еще не означает достижения успеха. В закрытой и безопасной обстановке каждый может воздерживаться и сосредоточиваться на психологической работе над собой. **Доверяйте не словам, а действиям.** Если я даю Вам какое-нибудь обещание или клятву, отдавайте себе отчет, что я могу его не исполнить. Потому что болезнь иногда выходит из-под контроля и диктует мне свои условия и правила. **Я очень хорошо знаю, что не обязательно давать мне все, что я требую.** Иногда только Вы, благодаря своей наблюдательности и вниманию, можете меня остановить, не поддавшись моим уговорам дать мне денег, контролируя ценные вещи в доме и не позволяя нарушать условия Семейного договора.

**2. Не бойтесь быть твердым со мной.** Я предпочитаю именно такой подход. Это позволяет мне определить свое место и соблюдать правила выздоровления.

**3. Будьте последовательными.** Непоследовательность сбивает меня с толку и заставляет упорнее пытаться во всех случаях оставить последнее слово за собой. **Не обещайте того, что не можете выполнить, а если обещали, то доведите дело до конца.** Так Вы остановите мои провокации и попытки манипулирования Вами, а также укрепите мою веру в Вас.

**4. Не полагайтесь на применение силы в отношениях со мной.** Это приучит меня к тому, что считаться нужно только с силой.

**5. Не поддавайтесь на провокации,** когда я говорю или делаю что-либо только затем, чтобы просто расстроить вас. Иначе я попытаюсь достичь еще больших «побед».

**6. Не расстраивайтесь слишком сильно, когда я говорю: «Я вас ненавижу».** На самом деле это не так. Это во мне говорит болезнь, которая пытается породить в Вас чувство вины, чтобы Вы были сговорчивей со мной, выполняли мои требования.

**7. Не заставляйте меня чувствовать себя младше, чем я есть на самом деле.** Я привыкну не брать ответственность за свои действия.

**8. Не делайте за меня того, что я в состоянии сделать для себя сам.** Иначе я привыкну использовать Вас в качестве прислуги. Будьте для меня примером баланса и заботы о себе.

**9. Не поправляйте меня в присутствии посторонних людей.** Я обращаю гораздо больше внимания на Ваше замечание, если Вы скажете мне все спокойно с глазу на глаз.

**10. Не пытайтесь обсуждать мое поведение в самый разгар конфликта.** Мой слух притупляется в это время, а мое желание действовать с Вами заодно пропадает.

**11. Не пытайтесь читать мне нотации.** Я великолепно знаю, что такое хорошо, и что такое плохо. Не спорьте со мной, когда я в употреблении. Результат спора будет нулевой.

**12. Пытайтесь ко мне подходить без негатива, иначе это усиливает чувство вины и может опять толкнуть меня на употребление.**

**Созависимый не несет ответственность за все причины возникновения зависимости, не может влиять на употребление, не сможет вылечить Зависимого.**

**Для того чтобы наши действия становились более эффективными, мы прекращаем попытки излечить аддикцию близкого нам человека, и направляем свои усилия на решение негативных социальных последствий в семье от действий Зависимого.**

## **ЗАНЯТИЕ №4. ПРАВА. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. КОНТРОЛЬ**

1. Мы передаем ответственность наркозависимому за собственные действия, так как руководствуемся правилом **«Не делай за Зависимого то, что он может сделать сам»**.

*Внешний контроль поведения Зависимых постепенно переходит в формирование у них внутреннего контроля, что проявляется в повышении ответственности и увеличении прав. Чем больше прав – тем больше свободы. При отсутствии внутреннего контроля (ответственности) свобода одного человека (Зависимого) переходит в ограничение свободы окружающих людей (родственников). Поэтому расширение прав Зависимого должно являться следствием повышения его личной ответственности и снижения внешнего контроля. Передача ответственности должна происходить постепенно и поэтапно.*

Например, если Зависимый в течение нескольких месяцев регулярно приходит домой не позже установленного в Семейном договоре времени, он может рассчитывать на увеличение времени прогулок.

Обучение ответственности выражается через послание: **«Ты имеешь право совершать определенные поступки, но за это обязан нести соответствующую ответственность»**. Передача ответственности Зависимому основывается на правиле **«Не дай голодному рыбу, а научи его удить»**, – чтобы он научился удовлетворять собственные потребности. Поэтому, если Зависимый начинает часто озвучивать свои материальные запросы, то ему лучше или умерить свои требования, или начать зарабатывать деньги законным путем. Ведь **права и обязанности – нераздельны!**

При этом родственникам и близким Зависимых нельзя забывать о своих правах, наиболее важное из которых – **право на личную жизнь**. Только свободный от созависимости человек способен эффективно взаимодействовать с Зависимым, не поддаваясь на манипуляции и шантаж. Личная жизнь, включающая

отдых, общение с друзьями, походы в театр, в кино, в музей, на выставки, спортзал или в гости, позволяет вынырнуть из омота ежедневных проблем, освежить ум, отреагировать негативные эмоции и набраться сил, решимости для дальнейших действий. **Не нужно забывать, что игнорирование собственных прав и потребностей — одно из главных показателей созависимости.**

### **Права родственников и близких Зависимых**

Известно, что такая болезнь как наркомания, причиняет страдания не только самим больным, но и их близкому окружению: родственникам, друзьям и коллегам. Часто, стремясь помочь наркозависимому, эти люди своими действиями достигают прямо противоположного эффекта, а именно — создают для него комфортные условия для продолжения потребления наркотиков. Близким наркомана необходимо понять, что в помощи больше нуждаются они сами, ведь наркоман все-таки продолжает употреблять наркотики, тем самым, удовлетворяя, хоть и косвенно, свою потребность. Поэтому родственникам необходимо знать некоторые правила поведения с наркозависимыми. Не нужно забывать, что каждый родственник — это, прежде всего, ЧЕЛОВЕК и только потом мама, папа и т. д. И как каждый человек он имеет, кроме ставших обычными обязанностей, еще и ПРАВА. И **первое право — это жить спокойно в своем доме!** Ведь если задуматься, то зачем необходимо членам семьи, чтобы их близкий — наркоман — выздоровел? Скорее всего, чтобы им (членам семьи) можно было комфортно жить рядом с ним. Чтобы не было постоянной тревоги, выражаемой во внутренних сомнениях: где он (она)?, с кем он (она)?, все ли с ним (с ней) в порядке?, когда он (она) придет домой?. Поэтому основным правом родственников специалисты считают иметь свои права и защищать их. Именно защита собственных прав членами семьи наркомана нередко вынуждает его обратиться за помощью к специалистам и прекратить потребление наркотиков. Потому что когда наркозависимый почувствует, что больше уже не может лгать и вымогать деньги у родителей, не может выносить из дома вещи для их дальнейшей продажи, не может возвра-



щаться домой, когда ему вздумается, не может занимать деньги у соседей, зная, что родители вернут долг, не может шантажировать родных, грозя самоубийством, и т. д., то ему не останется ничего, кроме как начать изменять свое поведение. Ведь это закон природы: **КОГДА МЫ НЕ МОЖЕМ ИЗМЕНИТЬ ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ, МЫ ВЫНУЖДЕНЫ МЕНЯТЬСЯ САМИ!**

Поэтому **мы рекомендуем членам семьи наркомана** прекратить пытаться изменять, помогать или лечить больного, и начать изменяться самим, вспомнить, что они, прежде всего, люди и имеют свои права. В качестве примера приводим список прав, которые составила мать наркомана, боровшаяся с болезнью сына не один год.

**«Я имею права, как любая человеческая личность:**

1. Быть самой собой, иметь свои мысли, суждения, высказывать их и быть выслушанной; иметь свои эмоции: боль, гнев, раздражение, усталость, недовольство, радость, любовь, восторг, желание помочь — и выражать их.

2. Поступать так, как я сама считаю нужным в данный момент, и нести ответственность за свои поступки.

3. Я имею право сама судить о своих поступках, эмоциях и мыслях и не зависеть от оценки их со стороны других людей.

4. Я имею право на ошибку, нелогичность в принятии решений, имею право передумать.

5. Я имею право менять в себе то, что меня не устраивает: свои мысли, эмоции, поступки. Я сама себя познаю и создаю, я живу и развиваюсь в зависимости от своих знаний и желаний.

6. Я имею право сама решать, хочу ли я брать на себя ответственность за другого человека, его проблемы.

7. Я имею право выражать свою любовь и заботу о другом человеке только до того момента, пока мне с ним комфортно и интересно.

8. Я имею право сама на себя возлагать любые обязанности и сама снимать их с себя по своему собственному усмотрению.

9. Я имею право абсолютно на все — ровно настолько, насколько я сама пожелаю и разрешу себе в зависимости от своей

совести и ответственности за принятые решения.

10. Я имею право уважать любую другую личность и признавать за ней те же права, которые имею сама.

11. Я имею право взять на себя ответственность за свое счастье, а не ждать, когда это сделают другие, даже близкие мне люди.

12. Я имею право любить, быть счастливой, видеть красоту мира, считать свою жизнь удавшейся и полноценной, несмотря на ошибки и неудачи, так как это мои жизненные уроки! И это только мое богатство!».

Когда человек осознает свои права, то он избавляется от ЧУВСТВА ВИНЫ, которое мешает ему защищать себя. Ведь если родители, прежде всего, — люди, то они имеют право на ошибку, в том числе и на ошибку при воспитании ребенка. Эти ошибки в воспитании не могут быть прямой причиной, что ребенок стал наркоманом. Ведь, несмотря ни на какие промахи, **родители и близкие НЕ УЧИЛИ ЗАВИСИМОГО УПОТРЕБЛЯТЬ НАРКОТИКИ!**

Ответьте на вопрос: что показалось для Вас важным в этом информационном сообщении?:

Для меня было важным...

Напишите список собственных прав с учетом конкретной ситуации...

Напишите список действий, которые необходимо совершить Зависимому для удовлетворения своих потребностей...

## **ЗАНЯТИЕ №5. КАК ОБЩАТЬСЯ КОНСТРУКТИВНО?**

### **Конструктивный спор**

Эффективные **действия** начинаются с эффективной **коммуникации**: открытое общение, разрешение конфликтов, конструктивный спор, адекватное выражение эмоций, формулирование условий Зависимому и т. д. Мы стараемся обучиться различным

техникам эффективной коммуникации, наиболее важными из которых являются «Я – послание» и «Конструктивный спор».

### **Техника «Я – послание»**

Эта техника применяется для разрешения повторяющихся, так называемых «хронических» проблем, например, частое позднее возвращение домой, невыполнение своих обязательств и т. д.

*1. Выберите проблемы, которые являются для вашей семьи «хроническими». Выделите из выбранных проблем наиболее актуальную для Вас в настоящий момент:*

*Для меня наиболее актуальным является...*

*2. Если для решения этой проблемы необходимо поставить условие Зависимому, примените технику «Я – послание». Для этого необходимо сделать следующее:*

*Выбрать время и место для серьезного разговора. Во время разговора ничего не должно Вас отвлекать: ни телефон, ни готовящаяся еда, ни маленький ребенок – об этом необходимо позаботиться заранее;*

*Сказать Зависимому о своих чувствах по поводу его определенного поступка (что меня тревожит). Например: «Я испытываю злость и усталость из-за твоих поздних возвращений домой. Я не могу заснуть, наутро, не выспавшись, иду на работу!».* Необходимо заранее сформулировать свое обращение. Обращение не должно быть длинным (максимум 3–5 предложений), так как в противном случае может потеряться смысл, который Вы в него вкладываете.

*Сказать Зависимому о своих потребностях (что я хочу), объяснить для чего это Вам нужно. Например: «Я хочу, чтобы ты приходил (а) домой не позже 23 часов и не шумел (а) в квартире, чтобы я мог (ла) спокойно спать».* Не давайте вступить в разговор Зависимому, пока Вы не закончите все пять пунктов техники «Я – послание». Не агрессивно, но твердо остановите (лучше жестом) Зависимого, если он (а) попытается вступить в диалог.

*Сказать Зависимому, что Вы решили предпринять, если Зависимый будет препятствовать удовлетворению ваших потребно-*

стей (**что я буду делать**). Например: «Я сегодня в 23 часа закрою входную дверь на внутренний замок (засов) и не буду открывать, если ты опоздаешь. Прошу тебя заранее сообщить любыми способами и предупредить, если будешь задерживаться. Но опоздания более чем на полчаса я принимать не буду!

Сказать Зависимому, какое Вы имеете право на действия, описанные в четвертом шаге (**почему я это сделаю**). Например: «Если ты придешь сегодня после 23.00, я не открою тебе дверь, потому что в своей квартире я имею право вовремя ложиться спать!».

После окончания «Я – послания» необходимо прервать контакт с Зависимым (уйти в другую комнату, не вступать ни в какие разговоры даже для обсуждения Вашего послания) минимум на 30–40 минут. Это необходимо для того, чтобы каждая сторона осмыслила и осознала возможные последствия, которые могут произойти при нарушении поставленных Вами условий.

Техника «Я – послание» основывается на Ваших реальных возможностях и опирается на правило: **«Не обещайте Зависимому того, чего не сможете сделать! Если Вы что-то обещали – доведите дело до конца, даже если Вам это будет сложно!»**. Так Вы постепенно станете последовательными в своих действиях и будете иметь право требовать последовательности от Зависимого.

*Подведение итогов знакомства с техникой «Я – послание»: что показалось для Вас наиболее важным и сложным в этой технике?*

Наиболее важным я считаю...

Наиболее сложным мне показалось...

## **КОНСТРУКТИВНЫЙ СПОР ПО С. КРАТОХВИЛУ**

Мы отдаем себе отчет в том, что сами не всегда правильно оцениваем ситуацию и свое поведение. По этой причине мы стараемся разговаривать с Зависимым – во время общения

можно узнать, как видится ситуация с другой точки зрения. **Изменение точки зрения само по себе является полезным.** Во время разговора мы не только узнаем точку зрения Зависимого, но и доносим до него (нее) свое видение ситуации.

Разговор с Зависимым редко получается спокойным и глубоким. Это тот случай, когда для доказательства самых простых истин порой приходится долго спорить. Поэтому мы стараемся научить родственников и близких эффективным способам ведения диалога, когда **спор из эмоционального общения, направленного на выплеск негативных эмоций (мы называем это «пустым сотрясением воздуха»), превращается в конструктивный диалог, направленный на поиск решения ситуации.**

Предлагаем вам ознакомиться с техникой «Конструктивный спор», описанной психотерапевтом С. Кратохвилем. В таблице 17 «Стиль спора» приведены 4 критерия, по которым оценивается эффективность общения. При этом в столбике «+» приведены конструктивные способы, а в столбце «-» — показаны типичные ошибки.

Критерий спора	+	—
<b>Конкретность</b>	<p>В споре имеется <b>предмет</b>. Тема спора может быть четко обозначена с помощью двух вопросов: Что случилось? Как эта проблема влияет на каждого участника спора?</p> <p>Аргументированное «нападение» или «защита» сводятся к конкретному поведению «здесь и теперь» (например, мы выясняем, как в настоящий момент можем решить эту проблему, что для этого может сделать каждый участник спора)</p>	<p>Разговор не конкретный, а содержит обобщения (частое использование таких слов, как «никогда», «всегда», «везде», «постоянно» и т. д.).</p> <p>Поведение называется «типичным» (действия и высказывания участников спора предсказуемы, все предлагаемые решения стандартны и не отличаются новизной).</p> <p>Во время спора стороны ссылаются на события прошлые или не имеющие отношения к делу, что уводит разговор в сторону, приводит к повышению напряжения, к взаимным упрекам и обидам</p>
<b>Вовлеченность</b>	<p>Все участники спора занимают <b>активную позицию</b>: увлеченно наносят словесные «удары», подкрепленные аргументами, и защищают свою точку зрения</p>	<p>Один из участников не задействован, находится в стороне от спора, оскорбляется, прекращает спор преждевременно и т. д.</p>
<b>Коммуникация (общение)</b>	<p>Разговор открытый и ясный; участники говорят о своих чувствах и пожеланиях. Участника можно понять и ответить ему.</p> <p>Каждый говорит за себя (например, «я чувствую обиду», а не «ты меня обидел»).</p> <p>Участники стараются быть разумными и <b>думать что говорят</b>, так как любая необдуманная фраза может испортить намечающееся понимание.</p> <p>Хорошая «обратная связь», когда</p>	<p>Разговор закрытый, содержащий множество намеков, неясностей и многословных объяснений.</p> <p>Участники тратят много сил и времени на понимание смысла разговора и намеков.</p> <p>Слишком частое повторение своих доводов и малое внимание к доводам другого.</p> <p>Эмоциональный «шум», когда участники пытаются доказать свою правоту не аргументами, а силой своего голоса, стараются</p>

	участники переспрашивают друг друга, правильно ли они понимают точку зрения другой стороны	перекричать друг друга. Скрытые признаки непонимания. Доказывая свою правоту, один из участников, не утруждая себя объяснением своих аргументов, может продолжать «добивать» другого, несмотря на то, что последний всем своим видом (мимикой, жестами, позой и словами) демонстрирует непонимание
«Честная игра»	Не допускаются словесные удары «ниже пояса», направленные на то, чтобы уязвить другого участника, сделать ему больно. Принимается во внимание, сколько может вынести партнер. Если кто-то из участников не справляется с напряжением, устает или перестает контролировать себя, спор заканчивается и переносится на другой раз.	Аргументы не относятся к предмету, но нацелены на чувствительное место другого участника

**Таблица 17.Стиль спора**

*Подчеркните в столбце» – » таблицы «Стиль спора» те ошибки, которые Вы часто допускаете во время спора с Зависимым.*

*Подчеркните в столбце «+» таблицы «Стиль спора» эффективные способы, которых, как Вам кажется, не хватает в вашем общении с Зависимым.*

Для оценки результатов спора мы предлагаем воспользоваться таблицей «Результат спора»:

Критерий результативности	+	—
Информативность	Участники узнали, получили что-то или научились чему-то новому	Никто не узнал ничего нового
Отреагирование негативных эмоций	Исчезла напряженность между участниками спора, уменьшилась озлобленность, выяснены претензии	Напряжение не исчезло, а осталось или усилилось
Сближение в отношениях	Спор привел к взаимопониманию и сближению участников. Есть ощущение, что так и должно быть. Участники сохраняют свое достоинство	Участники после спора стали более отдалены, чем прежде. У кого-то осталось ощущение, что он не понял. Присутствует чувство обиды
Улучшение ситуации	Устранение конкретной проблемы или разрешение ситуации в целом. Извинения. Планы на будущее	Проблема не решена. Участники не стараются ничего исправить или оставляют это друг другу. Одна из сторон не хочет прощать другую

**Таблица 18. Результат спора**

*Подчеркните в столбцах «+» и «—» таблицы «Результат спора» пункты, которые, как Вы считаете, характерны для Вашего общения с Зависимым.*

*Подчеркните в столбце «+» таблицы «Результат спора» пункты, к которым, как Вы считаете, необходимо стремиться в первую очередь.*

«Конструктивный спор» — это стиль общения, который облегчает поиск решения и достижение результатов. Вам необходимо не только самим пользоваться этой техникой, но также требовать соблюдения правил спора от Зависимого и других членов семьи. Иначе Вы будете постоянно играть в футбол «в одни ворота», где голы залетают только к Вам. Вы имеете



полное право не продолжать разговор, если произошло нарушение правил конструктивного спора. Например, заметив, что Ваш собеседник говорит на повышенных тонах (критерий «коммуникация», эмоциональный шум), попросите его «сбавить тон». Если он не прислушается, остановите разговор, сказав, что продолжение общения возможно только в спокойной форме. Этим Вы, помимо решения проблем, еще и повышаете культуру общения в Вашей семье.

## **ЗАНЯТИЕ №6. СТИЛИ ВОСПИТАНИЯ**

З. Милिवоевич предложил удобную модель анализа семейного воспитания, которую он назвал «мерседес моделью» по сходству векторов с логотипом известного автомобиля. Первый вектор относится к требованиям, которые родители выдвигают к детям. Это в основном относится к тому, что полезно, но неприятно детям. Ещё со времён Фрейда нам известно, что ребёнком управляет принцип приятного и, что ему не хочется делать то, что неприятно. Однако, родители должны требовать от своего ребёнка, чтобы он выполнил это неприятное, но полезное задание.

Существуют две проблемы в этом векторе – первая, когда у родителей нет требований, вторая, когда у родителей слишком много требований. В первом случае появляются проблемы заброшенного ребёнка, потому что он нуждается в стимуляции развития. Во втором случае появляется проблема чрезмерной социализации ребёнка. Наша модель показывает, что у родителя, хорошо воспитывающего своего ребёнка, есть требования, находящиеся в оптимальной зоне, между «слишком много» и «слишком мало».

Если ребёнок не выполняет требования, то родитель должен критиковать и наказать ребёнка. Критика – это требование к изменению поведения. Если ребёнок не реагирует на критику, то родитель должен пригрозить наказанием, а потом и применить его. Способность родителя наказать ребёнка является

очень важной частью его родительской силы.

В этом векторе также видно, что есть родители, которые чересчур наказывают своих детей. Они делают это слишком часто или грубально, или могут психически истязать, унижать, отбрасывать или игнорировать детей. В таких случаях наказание превращается в неприемлемое истязание. Возможность избежать критики и наказания ребёнка всегда есть, хотя этого не стоит делать. Такое «не установление границ» ребёнку становится вредным для него, так как это ведёт к формированию несоциализированной структуре его взрослой личности. Следовательно, и в этих примерах есть зона наказания «слишком мало» и «слишком много», а между ними находится оптимальная зона.

Третий вектор относится к похвалам и наградам ребёнку, выполнившему требование родителей. Похвалой вы посылаете ребёнку позитивную обратную связь. Похвала может быть адресована ребёнку как личности или его поступкам. Очень важно хвалить ребёнка за его труд и старания, за прогресс, ибо это формирует личность, желающую развиваться. В отличие от похвалы, награда — это что-то конкретное.

И в этих примерах есть оптимальная зона похвалы и награды, находящаяся между зонами тех, кто никогда не хвалит и тех, кто это слишком часто делает, и поэтому эти похвалы дети не считают важным.

Таким образом мы дошли до основной модели, содержащей три вектора. Каждый вектор разделен на оптимальную, дефицитную и чрезмерную части.

Оптимальный стиль воспитания содержит в себе три вектора в оптимальной зоне (рис. 30), на рис. 31 показан избыток всех стилей, а на рис. 32 избыток требований, на рис.33 — избыток похвалы.



**Рисунок 30. Оптимальный режим**



**Рисунок 31. Избыток всех функций**



**Рисунок 32. Избыток требований**



**Рисунок 33. Избыток похвалы**

О родительском стиле воспитания мы узнаем, спрашивая у родителей, кто и как часто выдвигает требования к детям, как их наказывают и хвалят.

**«Мерседес модель»** — доступная модель, не только для понимания того, как человек воспитывает своего ребенка, но и для того, чтобы человек понял, как его воспитывали его родители и **как он относится к самому себе**. В психотерапии мы говорим о том, как его **внутренний родитель** относится к своему **внутреннему ребёнку**.

В ходе тренинга родителю предлагается оценить собственный стиль воспитания; если найден дефицит или избыток каких-либо векторов, — обсудить, как можно исправить.

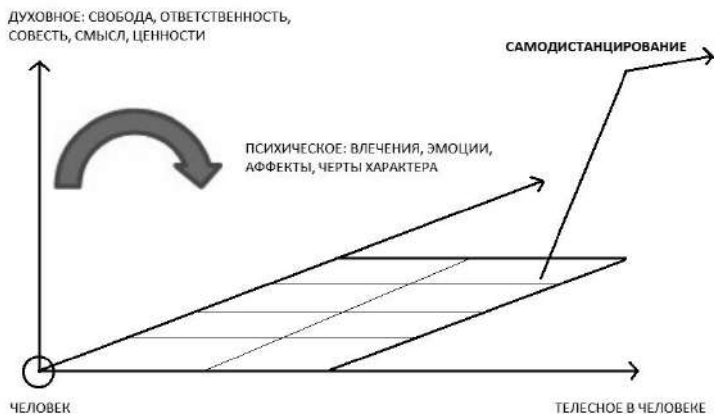
После прохождения тренинга родительской компетентности член семьи наркозависимого включается в еженедельную динамическую группу для созависимых, а также проходит 4–6 индивидуальных психотерапевтических сессий в ключе когнитивно-поведенческой и личностно — ориентированной психотерапии.

## **ДУХОВНЫЕ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАВИСИМОСТИ**

*В основе многих психических расстройств лежит нарушение открытости человеческого существования – суженный горизонт видения.*

*Задачей психотерапии является изменение отношений с миром, нахождения согласия с жизнью, с самим собой.*

**Духовность** – это свойство личности, характеризующееся отрешенностью от чувственных и материальных интересов, стремлением к внутреннему совершенствованию, бережным отношением к окружающим людям и миру. Специалисты не способны превратить зависимого человека в духовную личность. Но, с помощью подхода, облегчающего раскрытие или облегчающего самораскрытие можно провести анализ и определить приоритет различных интересов и ценностей в жизни пациента, сформировать у пациентов установку на развитие своих личностных потенциалов, помочь наладить конструктивную коммуникацию и гармоничное взаимодействие с окружающими. Все это способно сформировать базу для духовного роста зависимого. На рис. 34 показано, что духовное в личности (честность, ответственность, ценности) может подавлять психофизические проявления, в том числе тягу. Для этого важно дистанцироваться от своей эгоцентрической позиции, увидеть себя со стороны. В этом помогают и множественные аналитические задания.



**Рисунок 34. Духовное, психическое и телесное в человеке**

Понятие «экзистенция» происходит от латинского слова *existere*, буквально означающего «выделиться, появляться». На русский язык этот термин чаще всего переводится как «существование»

Экзистенция – проживание человеком своего духовного измерения (Лэнгле)

Экзистенция означает действительно состоявшуюся, «полную» и «целостную» жизнь.

**Список духовных (экзистенциальных) проблем, возникающих у человека**

смысл жизни и смысл смерти;

страх смерти и способы защиты от тревожности;

экзистенциальные базовые защиты (вера в бессмертие, вера во всемогущество, вера в конечного спасителя) и их влияние

на поведение;

смысл происходящих событий, их место и значение в жизни;

любовь и зависимость;

одиночество и свобода;

ответственность за свою жизнь и свобода;

свобода и тревожность;

избегание ответственности и зависимость;

стремление к контролю и неопределенность;

вина и ответственность;

вина и свобода;

вина и наказание;

экзистенциальная вина (вина за собственное несовершенство, вина за построение неполноценных отношений, вина за неиспользование собственных возможностей) и способы ее компенсации;

самореализация и ограничения;

желания и цена удовлетворения потребностей;

удовольствие и счастье как самоцель и как следствие самореализации и вовлеченности в деятельность и отношения.

скука и пустота (вакуум)

вина и прощение

духовность и вера

Отдельное занятие можно посвятить экзистенциальным полярностям, список которых приводится ниже. Задача — определить зоны наибольшего экзистенциального напряжения.

### Экзистенциальные полярности

принятие	— — — —	отвержение
действие	— — — —	застой
апатия	— — — —	интерес
привязанность	— —	отделение
избегание	— — — —	конфронтация
баланс	— — — —	крайность
тело	— — — —	мозг
контроль	— — — —	пофигизм



традиции — — — — уникальность  
напряжение — — — — покой  
соблюдение границ — нарушение границ  
будущее — — — — — прошлое  
гармония — — — — — хаос  
оптимизм — — — — — пессимизм  
здоровье — — — — — болезнь  
гедонизм — — — — — аскетизм  
идеализация — — — — — реальность  
интеллект — — — — — эмоции  
сила — — — — — бессилие  
рассудок — — — — — интуиция  
ригидность — — — спонтанность  
безопасность — — — — — риск  
эгоизм — — — — — альтруизм  
одиночество — — — — — общительность  
доверие — — — — — подозрительность  
объединение — — — — — сепаратизм  
работа — — — — — лень  
уверенность — — — — — неуверенность  
любовь — — — — — ненависть  
верность — — — — — предательство  
своеволие — — — — — воля  
изменчивость — — — — — стабильность  
симпатия — — — — — отвержение  
дружба — — — — — вражда  
прощение — — — — — месть  
милосердие — — — — — жестокость

Экзистенциально ориентированный психолог не восстанавливает «историю зависимости» своего пациента. Основным предметом терапевтического процесса в экзистенциальном подходе является совместное изучение внутреннего мира клиента: системы его ценностей, смыслов, стремлений, жизненных интересов, отношений с внешним и собственным внутренним миром, ширины и глубины его жизненного пространства, актуальных переживаний (эмоций, чувств, потребностей, мотивов) и др. При этом, предметом экзистенциальной терапии является не отдельно взятые чувства, психические состояния, психика, поведение, а жизнь пациента в целом. Цель этого исследования — обнару-

жение «развилок», «отправных точек», с которых жизнь пациента пошла не так, как ему хотелось, и привела его в «тупик зависимости». Затем пациент вместе с консультантом рассматривает имеющиеся возможности для исправления допущенных ошибок, компенсации утраченных возможностей, необходимых изменений либо в системе отношений клиента, либо образа жизни в целом – выхода из этого тупика.

Провокациями или катализаторами болезненных процессов способны становиться моменты выбора, переживания одиночества, потерь, симбиотические взаимоотношения, возрастные кризисы. У 86% пациентов на «Линии жизни» обнаруживаются от 1 до 5 эмоциональных потерь (надломов) и конфликтов (Будников М.Ю). Эмоциональной потерей может стать смерть, конфликт или разрыв отношений со значимыми Другими, утрата возможности заниматься определённым видом деятельности, лишение свободы. Эти события субъективно воспринимаются как нарушения в структуре предшествующего жизненного пути, связываются с утратой значимых отношений личности и, как следствие, приводят к дисгармонии самоотношения и часто предшествуют началу употребления, срыву или усилению зависимости. Например, один из аддиктов рассказывает, что начал употреблять героин в день развода родителей:

«В тот день мой мир рухнул... Я просто пошёл к одному человеку и попросил вколоть мне героин».

Употребление ПАВ в этом случае становится иллюзорно-компенсаторным способом защиты своего Я от разрушения.

Часто пациенты при работе с «Линией жизни» или историей зависимости называют лишь отдельные факты биографии, не устанавливая причинно-следственные связи и не анализируя смысловую, ценностную наполненность того или иного события. Характерны трудности с оценкой значимости моментов истории жизни, например, они могут одинаково оценить рождение ребёнка и покупку новой машины. События воспринимаются как цепь случайностей, приносящих удовольствие или неудоволь-

стве. Игнорируется значительная роль личной ответственности за своё поведение и поступки.

«Страх перед жизнью» является общим феноменом для всех аддиктов. Очень многие экзистенциально ориентированные авторы, описывая различные варианты психической патологии, говорят примерно об одном и том же явлении, характеризующемся дефицитом автономии и независимости. Неаутентичное поведение, маски скрывают страх быть отверженным, получить боль от жизни. Бинсвангер в свое время в этой связи ввел понятие «экзистенциальной слабости». Экзистенциальная слабость — это падение духа.

Согласно британскому экзистенциальному терапевту, проф. Эмми Ван Дорцен, жизнь каждого человека разворачивается в четырех равнозначных измерениях: физическом, социальном, личном (интимном) и духовном. Условием полноценной, продуктивной и аутентичной жизни является гармоничное развитие личности во всех этих измерениях. Безусловно, какое-либо из них является «ведущим», но и все остальные измерения должны быть представлены в экзистенциальном пространстве бытия человека. Отсутствие одного или нескольких измерений в жизни человека сужает его экзистенциальное пространство и значительно ограничивает потенциальные возможности личности. Представленность в жизни пациента всего одного из измерений и полное отсутствие трех других является определяющей характеристикой зависимого образа его жизни. Аддикция с точки зрения экзистенциальной терапии — тотальный жизненный стиль или способ бытия в мире.

Режим лечения, нацеленный на переустройство и переопределение Я и мира, дает лучшую возможность обращения с зависимостями, чем модель, ориентированная на аналог физической болезни или на дурную привычку. **Пациенты должны понять, что нельзя иметь просто зависимость, можно только быть зависимым.**

То, что экзистенциальные проблемы появляются за несколько лет до появления симптомов, свидетельствует итоговая пись-

менная работа пациентки реабилитационного отделения Надежды, 34 лет.

### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №13**

Приводим небольшой отрывок. «Что же произошло со мной за это время? Как я изменилась? И вообще изменилась ли я? На эти вопросы буду отвечать еще долгое время. Мой путь на дно, вниз начался очень давно, и не 4 года назад, когда меня настигла тяжелая депрессия, а потом присоединилась анорексия. Наверное, все началось еще в юности, когда после окончания университета, я вдруг потерялась в жизни. С тех пор прошло 10 лет, а я так и не смогла отыскать себя, не смогла понять: кто Я и чего хочу. Неуверенность, нелюбовь к себе и неприятие себя такой сопровождали меня по жизни. Со временем в душе поселилась такая боль, которую я ничем не могла заглушить. Антидепрессанты, которые я пила в течение ряда лет перестали помогать, советы близких и друзей не действовали, работа с психологами не давала эффекта. Средством, заполнившим пустоту, стал алкоголь. Родители сразу стали бороться с этой проблемой. Это были разные клиники, психотерапия, убеждения, кодирования. Только в реабилитации я осознала, что выпала из колеи жизни. Все мои ровесники имеют семьи, а я с кучей дипломов и наград вынуждена на знакомстве с новым пациентом смиренно (хотя не хочется, я очень своевольна) о себе говорить: «Я, Надежда, алкоголик». Как видно из этого краткого примера существовавшие экзистенциальные проблемы сопровождались различными симптомами, и пациентка переходила из клиники в клинику с разными диагнозами.

На протяжении всего периода стационарной реабилитации уделяется внимание экзистенциальному (духовному) аспекту зависимости. Способность стать штурманом своей жизни и те проблемы, которые необходимо решить мы называли «штурвалом экзистенции». Все блоки взаимосвязаны между собой.

В зависимости от времени пребывания на реабилитации можно осветить наиболее важные экзистенциальные темы. (рис. 35).



**Рисунок 35. Штурвал экзистенции**

Такой подход предполагает проработку в индивидуальной и групповой терапии таких экзистенциальных категорий как «выбор, вина, ответственность, свобода, смысл жизни», работу с глубинными базовыми тревогами существования. Эта работа продолжает осуществляться на и амбулаторном этапе. Один раз в неделю проводится тематически-ориентированная экзистенциальная группа и лекции по духовности. В процессе лечения пациенты ежедневно пишут эссе на ту или иную экзистенциальную тему или тему, связанную с зависимостями. Приведем пример таких заданий.

1. Как я проявлял любовь к себе.
2. К кому я сегодня обращался за помощью
3. Где я сегодня помогал другим.
4. Кому я сегодня был благодарен.
5. Что я сегодня делал для своего выздоровления.
6. Как я сегодня боролся со своей болезнью.
7. Где я сегодня поступал по-новому.
8. Где я сегодня помогал своей группе.
9. Где и когда я был честен с самим собой.
10. Где и как я боролся со своими страхами.
11. Где и когда я брал ответственность за свое состояние.
12. Где я сегодня проявлял терпение.
13. Где я сегодня проявлял смирение.
14. Где и с кем я делился своими переживаниями.
15. Где и с кем я поделился своим опытом.
16. Где я сегодня избегал отрицательных эмоций.
17. Где сегодня я нашел позитивы трезвости.
18. Как я сегодня боролся с одиночеством.
19. Какие я нашел в себе ресурсы выздоровления.
20. Кому я сегодня доверял в группе.
21. Как я сегодня боролся с дефектами характера.
22. Где я сегодня видел себя таким, какой я есть.
23. Где я сегодня терпимо относился к недостаткам членов группы.
24. Где мне не стыдно было за свои действия.
25. Что нового я узнал сегодня о своей личности.
26. Как я проведу последние три дня своей жизни

#### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №14**

В качестве иллюстрации приведем пример подобного фокуса Ивана, 23 лет.

Если бы я сегодня узнал, что мне осталось жить три дня, я бы первым делом хотел увидеться со своим бывшим лучшим другом и со своей бывшей девушкой, и попросить у них прощения.

Они хорошие люди, очень хорошие! И ко мне они всегда были добры, а я их предал и живу с этой виной.

Затем я бы обязательно увиделся с родителями и поблагодарил бы их за всё то, что они для меня сделали в этой жизни. Они всегда хотели мне только добра, а я не ценил этого.

Остальное время я бы провел с Полиной и мелкой Катькой. Мы бы уехали далеко от города, куда-нибудь в одинокий домик в лесу и там бы гуляли, играли в снежки, рисовали и фотографировали и смеялись до боли в животе. А вечером сидели у камина и пили горячий какао с зефиром.

А уйти из жизни я бы хотел, наверное, в одиночестве, лежа под открытым небом и смотря на звезды. Не хочу, чтобы близкие меня оплакивали.

Еще пример «фокуса» названного «Аутентичность или быть без маски, самим собой», написанного пациентом Маратом с игровой зависимостью (Учебный пример №2).

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №15

«Аутентичность я понимаю как умение быть самим собой без масок. К сожалению, за время своих игр я уже перестал помнить, я забыл, какой я без маски. Я постоянно одеваю маску, нужную мне для достижения цели – получения денег. На работе я одевал маску ответственного работника, чтобы получить зарплату. Перед отцом я одевал маску нуждающегося сына, чтобы выманить деньги на что-нибудь, например, на лечение зубов. Перед женой – маску любящего, преданного мужа, чтобы удерживать её, хотя сам изменял ей и предавал. Чувства: огорчение, вина, унижение».

Написание подобных фрагментов помогает пациентам посмотреть на некоторые свои проблемы со стороны (самодистанцирование по Франклю) и повысить свою рефлексивность. **Рефлексию можно рассматривать как важный критерий психической зрелости, а ее формирование в процессе психотерапии и реабилитации как развитие важнейшей способности, утраченной или**

**несформированной в силу тех или иных неблагоприятных обстоятельств.**

Следуя такому важному принципу экзистенциальной терапии, что человек — это постоянное изменение: становление и развитие, мы постоянно задаем вопросы пациенту:

«Кто я»

«Что я могу знать»

«Куда я иду»

«Что мне следует делать»

«На что я могу надеяться»

Химические и нехимические зависимости — один из аргументов применить экзистенциальную терапию в комплексной реабилитации, фокусируя внимание на ответственность пациентов. Положительный прогноз и уменьшение количества рецидивов будет наблюдаться у тех пациентов, которые примут ответственность за свое выздоровление вместо обвинения значимых Других в своих проблемах. Другим аргументом выбора экзистенциального подхода является фокус на поиске смысла жизни, аутентичной жизни, проживания «здесь и теперь», прощения родителей. **Простить — значит приобрести личную силу.** (В Приложении 8 приведен пример медитации прощения родителей). Также многие аддикты ищут ПАВ для избегания болезненных чувств, снижения тревоги и страха перед будущим. Включение элементов экзистенциальной терапии, повышающих самосознание реабилитантов, служит важным аспектом выздоровления. В Приложении 12 приведены некоторые упражнения для тренингов экзистенциальной направленности.

Тематически-ориентированная экзистенциальная группа и лекции по духовности проводятся в нашей клинике 1 раз в неделю.



## СРЫВ И РЕЦИДИВ

Срыв — это процесс, а не событие.  
Т. Горски

Рецидив (от лат. *recidivus* — возвращающийся) — возврат болезни, т. е. повторение ее в типичной форме непосредственно после выздоровления или в периоде выздоровления. Как правило, рецидив бывает точным повторением картины недавно перенесенного заболевания; он может протекать короче и легче, чем первое заболевание, но в отдельных случаях при рецидиве наблюдаются тяжелые осложнения, иногда со смертельными исходами. Процесс рецидива (или срыва) — штатная ситуация в выздоровлении, проявлении любой хронической болезни. Частота рецидива, количество возвратов болезни и промежутки между ними бывают различными при отдельных заболеваниях и при одном и том же заболевании.

Гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и ряд других психосоматических заболеваний течет с обострениями, кризами. Химическая зависимость протекает с частыми срывами и рецидивами. Срыв — это всегда обманутые ожидания, какими бы они не были.

**Профилактика рецидива признается пожизненным процессом, и чрезмерная самоуверенность может быть предупредительным сигналом о том, что старые нарциссические феномены — гордыня и вера в собственную исключительность — возвращаются.**

Чем характеризуется срывной процесс?

Замедление или прекращение действий по выздоровлению

Часто начинается в **благополучные** времена

На пути «срыва» пациент обычно не собирается срываться.

У него вполне «благородные» цели, которые он не оценивает

как ложные. Сам он не видит своего срыва!

Изоляция, отказ от взаимодействия с системой поддержки

Если этот процесс остановить, тогда выздоровление опять оказывается возможным

**Можно выделить несколько уровней, которые являются «почвой» для срыва:**

биологический уровень: наследственная отягощенность, сверхчувствительность к раздражителям, астенизация, преморбидные заболевания;

психологический уровень: слабое Эго: неумение справляться с трудностями; жесткое суперэго (функция морали), перфекционизм;

когнитивный уровень: ошибки мышления;

духовный уровень: отсутствие внешней символической опоры;

(экзистенциального смысла жизни); нарциссические проблемы; деструктивные аффекты (гнев, вина, обида).

**К внешним пусковым факторам, триггерам («толчкам») относятся следующие факторы:**

конфликт со значимыми другими, жизненная неудача, потеря близких, резкое изменение жизненных обстоятельств;

фрустрация (облом, неадекватное переживание неудачи или несоответствие желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа «Я»);

экзистенциальные факторы: моменты выбора, переживания одиночества, потерь, симбиотические взаимоотношения;

заниженная самооценка и повышенная самокритичность, комплекс неполноценности, падение самоуважения.

Мы рассматриваем рецидив как ошибку, которую пациенту (в англоязычной литературе *relapse* – *рецидив*, переводится как повторная ошибка) необходимо правильно воспринимать, осознать и использовать этот опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Важнейшей основой нашей модели является проблемный анализ ситуаций срыва, тренировка механизмов совладания со стрессом (копинг-навыков), преодоление ситуа-

ций риска.

Является ли срыв неудачей в лечении? Наоборот, срыв может быть позитивным опытом. Действительно, пациент прожил без обострений или трезво существенный период своей жизни. Он перестроил, по крайней мере, на это время свою жизнь более эффективно, чем это было до начала заболевания, начал духовно расти. Он научился способам поддержания здорового образа и выздоровления. Он получил опыт того, что это возможно для НЕГО. Его семья получила такой же опыт + опыт СВОЕГО выздоровления. Он выстроил личные контакты с товарищами и сотрудниками в центре, где лечился, на группах, с людьми, которые могут ему помочь. Он имеет возможность вновь обратиться за помощью.

Рецидив может быть следствием случайной ошибки, но чаще — результатом системной ошибки в выздоровлении данного человека. Чаще всего ошибки возникают в расстановке приоритетов в жизни: пациент все усилия направляет на социальный успех, романтические отношения, карьеру, появляются компоненты гордыни: своеволие (Поиск «своего» пути в выздоровлении по признаку «я знаю, как мне надо»), высокомерие, т.е. срыв чаще начинается в духовной сфере. Если пациент смирит гордыню, поработает над «дефектами характера» и деструктивными (разрушительными) эмоциями, научится альтернативным способам совладания с ситуациями риска, то результатом будет повышение эффективности в процессе преодоления болезни и исчезнет необходимость использовать наркотик или алкоголь в качестве неконструктивного и разрушительного механизма избегания проблемы. Выделяют три стадии срыва: эмоциональный срыв, ментальный срыв и физический срыв. Причем, все эти процессы могут идти параллельно и переходят в рецидив (в Приложении 13 подробно перечислены основные симптомы срыва).

В святоотеческой литературе Душа разделяется на разумную, раздражительную и вожделетельную части. Стоит потерять бдительность или контроль (разумная часть), идеализировать от-

ношения, находиться в хроническом состоянии раздражения и усталости (раздражительная часть), как подключается 3-я, вождельтельная часть, отвечающая за влечения, подталкивая чем-то «ублажить утробу», способствуя употреблению ПАВ. В последнее время мы наблюдаем, что обострение психосоматического заболевания идет параллельно со злоупотреблением ПАВ. Итак, следующие «духовные и душевные факторы» участвуют в рецидивах: **гордыня, уныние, гнев, низкое самоуважение.**

Метафорически рецидив можно представить как коррозию организма. Если сравнить коррозию с ржавлением судна, можно отметить, что в предыдущем лечении счистили ржавчину, но не покрыли слоем сурика, а сразу наложили слой краски. Через год ржавчина проступает на обоих бортах. То же самое происходит, когда пациент не занимается профилактикой рецидива после окончания медикаментозного и психотерапевтического лечения.

В литературе по 12-шаговой модели приводятся примеры «заезженной пластинки» или «плохой записи», которые обнаруживаются у пациентов даже длительно сохраняющих трезвость:

- потребность проявить себя;
- воспоминания о неудаче или об унижении, которые остаются для вас большим местом;
- страх или ощущение отверженности;
- страх быть покинутым;
- потребность в одобрении;
- неуверенность;
- отрицательное отношение к власти;
- накопление недовольства и гнева, не прямое их влияние на поведение, чередование пассивности и агрессивности;
- желание быть первым;
- эгоизм, высокомерие, обесценивание других людей;
- уязвимость, зависимость настроения от окружающих;
- катастрофические мысли о жизни в будущем, панические атаки по этому поводу;
- навязчивые мысли о прошлом, депрессии;
- вспышки стыда, чувства вины, угрызений совести;
- мысли о долженствовании, фокусирующие на том, что ДОЛЖЕН сделать, а не на том, что было бы лучше всего;

автоматические действия по образу и подобию родителей, особенно в отношениях с детьми (вместо поиска лучшего пути для себя и других) и так далее.

Основным предметом терапевтического процесса в срыве является совместное изучение внутреннего мира пациента: система его ценностей, смыслов, стремлений, жизненных интересов, отношений с внешним и собственным внутренним миром, ширина и глубина его жизненного пространства, актуальные переживания (эмоции, чувства, потребности, мотивы и т.п.) и др.

Пациенты могут самостоятельно проработать один из ниже перечисленных модулей.

## **МОДУЛЬ 1. АНАЛИЗ СРЫВА**

### **РАБОТА С ИСТОРИЕЙ СРЫВА**

*Задание.* В какой момент, как ты думаешь, начались неблагоприятные изменения в выздоровлении? Может быть, произошла остановка в обычном течении жизни? Может быть, случились какие-то события, повлиявшие на дальнейшую жизнь? Итак, с чего все началось?

Как изменялась жизнь с течением срывного процесса? Какие изменения ты замечал?

Какие границы были нарушены? Почему? Как видишь свой путь «по минному полю» опасностей для трезвости, зачем шел на это, что искал?

Как изменялись отношения с системой поддержки? Что внес в эти отношения? Как реагировали люди на изменения в твоей жизни? Можешь ли вспомнить что-то, что выражает их тревогу за вас? Как реагировал, реагировали?

Проанализируй механизм отказа от помощи. Вспомни все прежние способы получить помощь и способ, которым уходил от этих отношений (обычно один и тот же для разных людей из системы поддержки).

Ложь в срывном процессе: примеры, развитие ее, отказ от честности как духовного принципа выздоровления. Постарайся увидеть это как процесс.

Избегая деталей, которые могут спровоцировать тягу у тебя и других, кратко расскажи процесс начала и развития употребления алкоголя и/или наркотиков, вплоть до остановки. Расскажи кратко и о пути назад, к принятию помощи, возвращение к пути выздоровления.

Опиши свое отношение *сейчас* к срыву как к событию, которое случилось в твоей жизни.

О результатах своей работы расскажи на группе, уложись вместе с примерами в 15–20 мин.

*Задание.* В отдельной тетради напиши 10 причин, благодаря которым ты снова обратился к лечению. Опиши подробно каждое обстоятельство и отношение к ним.

*Задание.* Описание срыва.

Напиши в отдельной тетради анализ своего срыва (минимум – последний месяц). Максимально точно и конкретно, постарайся вспомнить, когда он начался, что ты себе говорил, и как объяснял себе свое поведение. Опиши потери, вызванные срывом, какие ценности были поставлены под угрозу, что мог потерять, чем пренебрег: доверием близких, отношениями, уважением и т. д.

## **АНАЛИЗ СРЫВА**

В анализе срыва важно обнаружить «развилки», «отправные точки», с которых жизнь пациента пошла не так, как ему хотелось, и привела его в «срыв».

Затем пациент вместе с консультантом рассматривает имеющиеся возможности для исправления допущенных ошибок, компенсации утраченных возможностей, необходимых изменений либо в системе отношений клиента, либо образа жизни в целом – для выхода из этого тупика.

*Задание.*

Цель этого задания – увидеть свои «индикаторы», «предвестники» срывного процесса, или триггеры. Это мысли, чувства, поступки, которые сопровождают срывной процесс, и, узнав которые, как опознавательные знаки срыва, можно успеть остановиться и поступить по-другому. Триггеры похожи у всех зависимых людей, потому что болезнь у нас одна, и возвращение ее тоже выглядит похожим образом. Но, несмотря на сходство, они имеют индивидуальные отличия, их можно «узнать в лицо», и потому важно знать, какие твои мысли, чувства, поступки указывают на то, что ты идешь в срыв.

Научиться этому можно, рассмотрев историю своих срывов.

Прочти список предвестников срыва и постарайся увидеть то, что было общим в этом тексте и твоём последнем срыве. Отметим в тексте опознанные триггеры.

Затем по каждому существенному совпадению ответь на следующие вопросы:

В какой ситуации он проявился?

Что тогда думал?

Что тогда чувствовал?

Чего хотелось тогда, если бы смог?

Что на самом деле делал?

(п.п. 2–5 и есть триггеры вашего срыва)

Как думаешь, какая помощь была тогда нужна? Где ее можно было получить?

Постарайся вспомнить, повторялись ли в других срывах эти триггеры, есть ли закономерности?

Это, конечно, схема. Срывной процесс – сложный процесс, и простыми поведенческими изменениями тут не обойдешься. Но и без них мы недостаточно защищены. Поэтому отнесись серьезно к тому, чему уже научил тебя срыв.

Можно предложить пациенту расширенный протокол функциональной оценки поведения до и после приема ПАВ, представленный в следующем протоколе оценки поведения до и после приема психоактивных веществ.

Ситуация

(триггер)  
Мысли и  
эмоции  
Поведение  
Положительные результаты  
Негативные результаты  
Какая ситуация, мысль, образ спровоцировали  
Употребление ПАВ  
О чем я думал в этот момент?  
Что я чувствовал?  
Что я говорил себе?  
Что я делал?  
Какие хорошие вещи происходили?  
Какие плохие вещи происходили?

Протокол позволяет выявить триггеры, которые запускают прием ПАВ. Триггеры бывают как внешними (люди, места, предметы, периоды времени), так и внутренними (гнев, разочарование, возбуждение, волнение, скука, усталость, счастье).

При ограничении времени пребывания в стационаре и в амбулаторной практике подспорьем для анализа срыва может служить следующий «опорный плакат» (рис.36). Пациенту предлагается последовательно прописать, почему произошло отклонение от выздоровления по каждому блоку.





**Рисунок 36. Анализ и профилактика рецидива**

## **МОДУЛЬ 2. ДУХОВНОСТЬ**

Духовность – это не только религия и вера. Духовность – это свойство личности, которое характеризуется отрешенностью от чувственных и материальных интересов, стремлением к внутреннему совершенствованию, бережным отношением к окружающим людям и миру.

При болезни страдает и духовность, наступает полная сосредоточенность на собственном «Я». При этом, духовный рост, любовь и сострадание не смогут реализоваться до тех пор, пока мы не поделимся ими с другими. Отдавая другим свою любовь, и не требуя ничего взамен, мы становимся более любящими, а делясь своим опытом выздоровления, мы лучше понимаем, что такое духовность.

Так же очень важно работать над дефектами характера. Дефекты характера приносят в жизнь боль и страдание. Если не осознавать дефекты и не работать над ними, они «загонят»

в тупик, из которого не выбраться.

### **Одиночество.**

Мы можем быть окружены людьми, но рано или поздно, наша болезнь выстраивает непроходимое препятствие между нами и даже самыми нашими близкими и любимыми.

Известный психотерапевт И. Ялом выделяет три типа одиночества (изолированности):

1. Внутрличностное: от себя.

Человек убегает от какой-то части себя, защищается от неприятных чувств или мыслей, отрицает собственные желания, следует за «правильно» или «нужно» и не доверяет себе.

2. Межличностное: от других.

Человек убегает от отношений с другими людьми и от понимания, что он живет не так, как ему этого хочется. Причин этого может быть несколько, в том числе, неумение строить близкие отношения, страх, личностные особенности и предыдущий опыт отношений и др.

3. Экзистенциальное: от жизни.

Человек прячется в толпе от грусти и тоски, с ощущением, что никто и ничто не смогут дать вечного смысла, радости и внимания. Это связано с тем, что ничто не сможет отменить жизненный факт – наше экзистенциальное одиночество.

### **Самодовольство**

Самодовольство – это склонность проявлять безграничное довольство собой. Самодовольство – это сигнал тревоги. Если это ощущение затянется, процесс выздоровления остановится. Самодовольство лишает нас доброжелательности, любви, сострадания.

### **Своеволие**

Своеволие – это коварная привычка выстраивать некое «я», «мне», «мое» на основе практически любой ситуации и жить в реальном мире, руководствуясь этим ограниченным представлением, которое, по сути, есть опасная иллюзия того, что Вселенная вращается вокруг нас.

### **Манипуляции**

Манипуляция – влияние на других людьми для достижения своих целей, при этом ставя свои потребности выше потребностей окружающих.

### **Перфекционизм**

Перфекционизм – убеждение, что наилучшего результата можно (или нужно) достичь. В патологической форме – убеждение, что несовершенный результат работы неприемлем.

Перфекционизм может проявляться в:

- стремлении довести любое действие до идеала;
- скрупулёзности, повышенном внимании к мелочам;
- чрезмерно высоких стандартах;
- заикленности на ошибках;
- сомнении в результате;
- восприимчивости к завышенным ожиданиям;
- восприимчивости к критике;
- рассогласовании в оценке себя и других.

### **Высокомерие**

Высокомерие – это комбинация грандиозности и презрительности. Грандиозность есть попытка стыдящейся персоны вновь возвысить себя. Презрение – это процесс, посредством которого такая персона пытается принизить остальных. Высокомерие позволяет быть выше всех остальных: «Никто лучше меня не знает, как надо выздоравливать».

### **Отсутствие смирения**

Смирение – сознание своих недостатков, слабостей, сочетающееся с отсутствием гордости, высокомерия. Смирение – это результат того, что мы стали честными перед собой. Быть по-настоящему смиренными – это значит принять себя и честно стараться быть самими собой. Никто из нас не является идеально хорошим или совершенно плохим. Мы – люди, у которых есть свои хорошие качества и свои недостатки. Настоящее смирение – это просто принятие самих себя такими, какие мы есть.

*Задание.*

1.Вспомни и опиши подробно в отдельной тетради те ситуации, в которых необходимо было проявить смирение в процессе

твоего срыва.

2. Напиши, когда принимал себя таким/такой, какой есть, не стараясь показаться лучше или хуже.

3. Напиши, когда не нуждался в отстаивании своей точки зрения.

4. Напиши, когда вел себя естественно.

5. Напиши, когда получал удовольствие от общения с людьми, не пытаясь их контролировать или манипулировать ими.

6. Напиши, в чем проявлял смирение.

*Задание.* Прочитай признаки гордыни и подумай есть ли они у тебя.

#### **Признаки гордыни**

Высокомерие

Страх самораскрытия

Неспособность говорить о своих слабостях

Неспособность смеяться над собой

Отвергание помощи

Отсутствие благодарности

Сверхчувствительность

Неумение прощать

Неспособность извиниться или раскаяться

Мстительность

Помощь нуждающимся для самовозвышения

Нетерпимость к критике

Обидчивость

Упрямство

Зависть

Слепота к своим ошибкам

Эгоизм или самолюбие

Самоуверенность

Большое самомнение

Повышение голоса в раздражении

Работа без меры

Предубеждение — отвержение информации прежде ее получения;

Негибкость в общении

Сарказм

Поиск «своего» пути в выздоровлении по принципу «я знаю, как мне надо»

### **МОДУЛЬ 3. ЭМОЦИИ И ЧУВСТВА**

Способность человека признать свои эмоции и чувства, примириться с ними и выразить их невероятно важна для формирования и развития личности, а так же для здоровья (трезвости) человека. Неумение управлять своими чувствами может вызвать срыв. Важно научиться «вентилировать» свои чувства, избавляться от внутреннего напряжения.

Постоянная работа с чувствами является важной составляющей профилактики рецидивов.

*Задание.* Напиши 20 ситуаций (по 5 на каждое чувство), где испытывал страх, жалость к себе, злость, обиду с того момента, как начал лечение и до момента срыва.

#### **Вина**

Вина – это сложная эмоция неудовольствия, возникающая при нарушениях морального, этического или религиозного характера, причем в ситуациях, в которых субъект чувствует личную ответственность. Противоположностью вины можно назвать ответственность. Слово «ответственность» можно понять, как способность к ответу (respons-ability): возможность ответить, мыслить, реагировать, проявлять эмоции в определенной ситуации. Ответственность – это способность к осмысленной реакции.

#### **Зависть**

Еще одним разрушительным аффектом является зависть. Греки представляли Зависть уродливой, грязной и косоглазой старухой. Зависть улыбается только тогда, когда видит чужие несчастья, и никогда не спит, потому что ее всегда грызут мысли, что кому-то в этом мире хорошо. Больше всего мерзкое создание ненавидит, когда кто-то добивается успеха, потому что в этом случае она начинает чахнуть и иссыхать. Она является сама для себя наказанием: чем больше она беспокоит и гложет людей, тем больше разъедает сама себя.

#### **Жалость к себе**

Жалость к себе является одним из самых разрушительных

чувств. Она лишает сил и истощает все запасы положительной энергии. Человек сосредотачивает своё внимание на том, что у него не получается и игнорирует позитивное.

### **Обида**

Обида – это смесь агрессии, обращенной внутрь и вовне. Чем дольше держать в себе обиду, тем более горькой она становится, постепенно отравляя хозяина. Для того, чтобы оставаться здоровым, следует найти в себе способность отпустить свои обиды, способность прощать.

*Задание.* Приведи 10 конкретных ситуаций из срыва, которые породили болезненное чувство обиды (в ярком проявлении этого чувства) и как оно повлияло на срыв +5 из детства.

Постарайся подумать над следующими вопросами: чувствовал (а) ли я обиду потому, что была задета моя гордость? Конфликтовал (а) ли с другими из-за моих амбиций? как я справлялся/справлялась с чувством обиды?

### **Гиперчувствительность**

Пациенты с аддикциями очень часто жалуются на нервозность, раздражительность, напряженность, ранимость; на то, что какие-то житейские мелочи вызывают бурю эмоций. Это называется гиперчувствительностью.

*Задание.* Перечисли людей, контакт с которыми вызывает эмоциональное напряжение, дискомфорт или неловкость. Опиши свои эмоции и ощущения во время контакта с этими людьми. Приведи пример из опыта своего срыва.

*Задание.* Перечисли ситуации, в которых чувствовал напряжение и дискомфорт, укажи, по возможности, с чем это связано. Конкретно и подробно напиши по три примера из своего опыта срыва, когда незначительное событие приводило к сильным проявлениям чувств.

### **Гнев**

Одной из проблем, осложняющих выздоровление, является гнев. Многие сопровождающие срыв признаки вызваны неспособностью конструктивно справиться с гневом. Неуправляемая злость также вызывает проблемы в отношениях с други-

ми людьми.

*Задание.* В отдельной тетради напиши примеры, когда испытывал гнев во время срыва. Как ты с ним справлялся?

### **Страх**

Известно, что часто страх лежит в основе многих проблем человека. Мы боимся, и поэтому начинаем избегать решительных действий, уходить от ответственности, подавлять и скрывать свои чувства, обрастать защитами и становимся уязвимыми.

*Задание.* Приведи 10 примеров страха из срывного периода. Что или кто служило источником страха? +5 примеров из детства.

*Задание.* Приведи 10 ситуаций, когда страх приводил к тому, что вел себя разрушающим (избегал, подавлял и скрывал чувства, уходил в защиты и изоляцию).

**Уныние.** Оно проявляется в двух видах — иногда как невыносимая скука, тоска, а иногда как лень и безразличие к духовным занятиям. Уныние иначе именуется «злым разлением». При действии этой страсти, которая в русском языке называется хандрой, в английском «spleen» — человеком овладевает некая безысходность, безразличие и равнодушие ко всему. Ничто не радует и не утешает человека. Переходит нередко в выраженную депрессию.

*Задание.* Приведи 10 ситуаций, когда ты впадал в уныние и что можно было сделать в качестве альтернативы, чтобы избежать его углубления.

## **ДНЕВНИК ЧУВСТВ И ПИСЬМЕННЫЙ САМОАНАЛИЗ**

Эти методики повышают уровень осознания пациентами своих переживаний, развивают навыки узнавания и дифференцирования эмоций, дают возможность выявлять причинно-следственную связь между эмоциями, мыслями и действиями пациента

Дневник чувств позволяет эффективно анализировать акту-

альное эмоциональное состояние. Рекомендуется отталкиваться от эмоции, испытываемой в настоящий момент, для установления причинно-следственной связи с какой-либо ситуацией. Эмоция может быть связана с событием из внешнего мира и, например, может быть результатом воспоминания, фантазии. По сути, работа с дневником чувств является способом конструктивного отреагирования эмоций, эффективно используемой паузой между стимулом (событием) и реакцией пациента. Напряжение, которое долго копилось внутри, наконец-то выходит наружу. Письменную работу можно сравнить с поднятием крышки с кипящей кастрюли.

Важно знать, что подавлять эмоции – плохо!

Подавление чувств – это попытки сдержать вулкан, приводящий к еще большим взрывам.

Подавление чувств может привести к депрессии, неврозам, различным заболеваниям, нервному напряжению.

Эмоции накапливаются, а конфликт не решается.

*Говори открыто о своих чувствах. Принимай критику более сдержанно. И жизнь станет более мирной.*

Как **эффективно** выражать свои чувства:

1) Избегать сильных оценочных определений, мата.

2) Избегать **«Ты-посланий»**, когда ответственность за переживаемую эмоцию возложена на другого человека (**ты** выводишь меня из себя; **ты** обидел меня; как **ты** мне надоел)

*В ответ на «Ты» – сообщения любой человек обычно закрывается и старается уйти от разговора.* Поэтому, если ты хочешь, чтобы ваш собеседник изменил свое поведение, **избегай** «Ты» – высказываний, иначе он просто перестанет тебя воспринимать.

3) Использовать Я-высказывания. Они позволяют принять ответственность за свои чувства на себя; открывают возможность управлять эмоциями и чувствами (**я** расстроился, поскольку рассчитывал вместе провести время).

Схема Я-высказывания:

**«Я чувствую... (эмоция), когда ты... (поведение), и я хочу...**



*(описание действия)».*

4) Техника обратной связи (используется как способ конструктивного выражения эмоций и чувств). Высказывания касаются только фактов. Исключаются оценки и обобщения. Форма — «Когда я слышу/когда я вижу/когда это произошло, я почувствовал».

Текст самоанализа приведен в главе «Концепции лечения».

## **МОДУЛЬ 4. УПРАВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНИЕМ И СИТУАЦИЕЙ**

**Конфликт** — столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов оппонентов. Конфликт может быть как межличностным, так и внутриличностным. В основе любого конфликта лежит ситуация, включающая противоречивые позиции сторон по какому-то поводу, либо противоположные цели или средства их достижения в данных условиях, либо несовпадение интересов, желаний оппонентов. Конфликтная ситуация содержит субъектов возможного конфликта и его объект. Чтобы конфликт начал развиваться, необходим инцидент, когда одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны.

### **Сдерживание себя**

Сдерживая свои негативные чувства, ты создаешь вокруг себя благоприятную среду для отношений с людьми. Сохранение родственных, дружеских, деловых, любовных отношений требует от человека усилий, прежде всего волевых. «Если хочешь, чтобы костер горел и согревал, — поддерживай в нем огонь!» Сила воли — это качество, которое можно и нужно развивать. Чем чаще ты сдерживаешь себя в различных ситуациях, тем естественнее для тебя это становится. Например, мало людей, которые получают удовольствие, когда чистят зубы. В первые годы жизни ребенку требуются большие усилия, чтобы заниматься этим делом. Но со временем мы привыкаем чистить зубы, это становится естественным. Любое полезное дело, которое пона-

чалу требует волевого усилия, со временем становится привычным и уже не вызывает напряжения. Это касается и «тяги». Когда она проявляется впервые, то завладевает и умом, и телом. Учащается дыхание, сердцебиение, возникает суетливость, сложно отвлечь мысли от наркотика или алкоголя. Но стоит высказаться специалисту и заняться рекомендованным психологом домашним заданием, — и «тяга» ослабевает. Несколько раз усилием воли поборов «тягу», ты обретаешь опыт преодоления. Каждый следующий раз тебе будет нужно меньше усилий для получения результата.

Часто пациенты спрашивают: «Не вредно ли сдерживать чувства?» Сдерживать себя — это значит не делать поспешных выводов, не говорить необдуманных слов, не совершать неразумных действий в аффекте. Но ты можешь говорить о своих чувствах! Высказывай их «виновникам» проблемы, доверенным лицам, специалистам, участникам групп. А принимать решения и совершать действия следует только после того, как чувства тебя «отпустят».

Чтобы хорошо себя чувствовать, необходимо уметь эффективно справляться с трудными (стрессовыми) ситуациями.

*Задание.* Напиши в отдельной тетради 10 причин, по которым конфликтующешь. Напиши конфликтные ситуации, которые привели к срыву. Напиши, что нужно было сделать в каждой из этих ситуаций, чтобы избежать конфликта. Что помешало? Приведи пример позитивного разрешения конфликтной ситуации в твоей жизни и 5 возможных способов разрешить конфликты.

### **Совладающие карточки**

Копинг-поведение — это то, как человек справляется со стрессом, набор стратегий преодоления стресса. Чем больше таких стратегий есть у человека, тем лучше.

В когнитивно-поведенческой терапии существует техника — «совладающие карточки» (набор стратегий, помогающих справиться с негативными эмоциями, трудными ситуациями, сделанный в виде маленьких карточек). Делается и обсуждается вместе

с личным психологом.

Совладающие карточки могут быть разных типов.

Например, это могут быть карточки, направленные на **решение определённой проблемы**, например, управление гневом.

1. *Поговорите один на один с человеком, на которого злитесь.*
2. *Поговорите с третьим лицом, чтобы ослабить свои чувства и лучше понять ситуацию.*
3. *Выразите злость через конструктивные действия. Например, через бег трусцой, работу по дому или иную физическую деятельность.*
4. *Измените свои мысли. Например, "Я злюсь на тебя потому, что..." на "Жаль, что так получилось, но я не собираюсь еще и злиться из-за этого".*
5. *Не позволяйте гневу расти. Делай анализ гнева в конце каждого дня, чтобы застраховаться и не позволить гневу или негодованию расти.*

Также карточки могут быть выполнены в виде активизирующих самоинструкций, вдохновляющих самоинструкций, самоанализа, направленного на осознание ситуации, список конкретных стратегий, которые может применить человек, оказавшись в трудной ситуации и совладающих образов (рис. 37):



**Рисунок 37. Визуальные стимулы дорожных знаков как техника совладания**

### **Автоматические мысли**

Для того чтобы научиться выявлять автоматические мысли необходимо ежедневно вести дневник (не менее 2 месяцев и после выписки), с оценкой баллов (по шкале от 0 до 100) (Табл.19)

Ситуация	Эмоции, в баллах	Автоматически е мысли	Разумная реакция	Результат (переоценка эмоций)
Нужно попросить помощи у коллеги	Волнение – 80 Нерешительность – 90 Опасение -85	Мне откажут 90%	Я не знаю, откажут мне или нет. Стоит попробовать, я ничего не потеряю. Потренирую уверенное поведение.	Нерешительность – 40 Волнение 60 Опасение 40

**Таблица 19. Оценка автоматических мыслей**

### Юмор

*«По-настоящему сильным до тех пор не будешь, пока не научишься видеть во всем смешную сторону». Кен Кизи. «Над кукушкиным гнездом».*

Чтобы снизить истинность автоматических мыслей и найти на них адаптивный ответ, человеку может помочь юмор. Известный психолог Виктор Франкл часто писал о том, что юмор – важное свойство человеческой личности, которое даёт возможность занять дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе и к самому себе, и тем самым обрести над собой полный контроль.

**Задание.** Описание ситуации высокого риска, возможной в будущем

Представь себе конкретную ситуацию высокого риска, которая может возникнуть у тебя в ближайшем будущем и может привести к срыву. Опиши ее в форме рассказа с началом, серединой и окончанием:

Вопросы о последовательности событий	Детализирующие вопросы
Признак срыва появится, когда...	Кто будет с тобой рядом, и что они будут делать?
Первое, что я сделаю – это...	Что будешь делать?
Затем я .....	Что будет происходить рядом с тобой?
Затем я .....	Где это случится?
Кончится все тем, что ....	Когда это случится? (месяц, день, время)

В отдельной тетради напиши, какие у тебя потенциальные признаки срыва, и что будешь предпринимать в этих случаях.

Мы предлагаем пациенту собрать экстренный чемоданчик в дорогу перед выпиской из стационара.

**Экстренный чемоданчик при рецидиве**

- Изменить взгляд на вещи;
- Придать смысл болезни;
- Система аналитических заданий с акцентом на духовную сферу;
- Дневник «только сегодня»;
- Аффирмации, медитации;
- Духовное развитие: служение, библиотерапия;
- Использование совладающих приемов при провокациях;
- Ресурсы выздоровления;
- Самоанализ

## МОДУЛЬ 5. САМООЦЕНКА И САМОУВАЖЕНИЕ

Самооценка (self-esteem) – это мнение, которое составляет о себе человек, включая степень самоуважения и самопринятия. Поэтому, низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности. Знаменитая формула У. Джемса:

**Самоуважение = успех, деленный на притязания (идеализацию)**

до сих пор актуальна. Одному человеку невыносимо стыдно, что он – вторая, а не первая перчатка мира, другой радуется победе на районных соревнованиях. Чем выше уровень притязаний, тем труднее их удовлетворить. В профилактике срыва важно выяснить, один или несколько источников самоуважения имеется у пациента и какие иллюзии строит в отношении себя, отношений, профессии, будущего.

Самооценка – это то, какое мнение составляет о себе человек, включая степень самоуважения и самопринятия.

Поэтому низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности.

Самоуважение – уважение (или неуважение) человека к самому себе, к своей личности.

Высокий уровень самоуважения создает у личности чувство комфорта, стимулирует развитие её уровня притязаний. Низкий уровень самоуважения, напротив, приводит к острой неудовлетворенности собой, провоцирует неврозы, депрессию, способствует употреблению ПАВ. Человек сам отвечает за свои поступки, за поведение в целом. Его ответственность базируется на осознании себя и своего места в мире. Выражение этой ответственности – самооценка. Честная самооценка – это еще один ключ к новой жизни.

*Задание.* Напиши 20 примеров потери самоуважения.

## МОДУЛЬ 6. РЕСУРСЫ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Это важный аспект выздоровления и профилактики рецидивов. На рис. 38 показаны основные ресурсы из разных сторон жизни.



Рисунок 38. Ресурсы выздоровления

Наиболее дефицитным сектором является отсутствие яркости жизни. Необходимый уровень допамина («гормона счастья»)



поднимается чаще посредством различных аддикций, а не получением удовольствия от созерцания природы, путешествий, чтения книг, просмотра произведений искусства, прослушивания музыки. Пациенту важно максимально прописать и конкретизировать, какие из них он будет использовать в выздоровлении, наметить сроки их реализации (помнить, что в сутках 24 часа).

В качестве домашнего задания можно предложить заполнить список «ресурсов трезвости» (радостей) (рис.39). Этот список неполон, так как в некоторых источниках приводится до 200 пунктов, поэтому пациенту предлагается подумать над его расширением на био-психо-социо-духовном уровнях.

<input type="checkbox"/> Сходить в поход	<input type="checkbox"/> Позавтракать в одиночестве	<input type="checkbox"/> Завести полезную привычку
<input type="checkbox"/> Сходить в музей	<input type="checkbox"/> Греться на солнце	<input type="checkbox"/> Запустить воздушного змея
<input type="checkbox"/> Пускать мыльные пузыри	<input type="checkbox"/> Сходить на концерт любимой группы	<input type="checkbox"/> Попрыгать на бугете
<input type="checkbox"/> Выйти на пробежку	<input type="checkbox"/> Попасть под дождь	<input type="checkbox"/> Покачаться на качелях
<input type="checkbox"/> Поужинать с друзьями	<input type="checkbox"/> Сходить в спа	<input type="checkbox"/> Танцевать под любимую музыку
<input type="checkbox"/> Погладить кошку/собаку	<input type="checkbox"/> Уехать на машине за город	<input type="checkbox"/> Провести день с самим собой
<input type="checkbox"/> Сходить на пикник	<input type="checkbox"/> Сходить на йогу	<input type="checkbox"/> Бегать по песку
<input type="checkbox"/> Увидеть радугу	<input type="checkbox"/> Поблагодарить кого-то	<input type="checkbox"/> Устроить сюрприз-вечеринку
<input type="checkbox"/> Дочитать хорошую книгу	<input type="checkbox"/> Неспеша наслаждаться напитком	<input type="checkbox"/> Сходить на массаж
<input type="checkbox"/> Купить себе цветы	<input type="checkbox"/> Успеть на свой автобус	<input type="checkbox"/> Поиграть в снежки
<input type="checkbox"/> Нюхать свежескошенную траву	<input type="checkbox"/> Покататься на велосипеде	<input type="checkbox"/> Никуда не опаздывать
<input type="checkbox"/> Покататься на аттракционах	<input type="checkbox"/> Посмотреть любимый фильм	<input type="checkbox"/> Смотреть на ночное небо
<input type="checkbox"/> Съесть мороженное летом	<input type="checkbox"/> Провести день без телефона	<input type="checkbox"/> Сидеть на веранде кафе
<input type="checkbox"/> Вернуться в плед	<input type="checkbox"/> Удачно пошутить	<input type="checkbox"/> Улыбнуться близкому человеку
<input type="checkbox"/> Навести порядок в квартире	<input type="checkbox"/> Ходить босиком по траве	<input type="checkbox"/> Принять ванную с пеной
<input type="checkbox"/> Встретить рассвет	<input type="checkbox"/> Приготовить любимое блюдо	<input type="checkbox"/> Спонтанно встретиться с близким человеком
<input type="checkbox"/> Одеться по погоде		<input type="checkbox"/> Отдать ненужную вещь
<input type="checkbox"/> Слушать шум дождя		

**Рисунок 39. Сокращенный список ресурсов тревожности (радостей)**

Подбор художественной и научно-популярной литературы как ресурс осуществляется по проблеме пациента. В случае пациентки, прожившей в браке 15 лет и страдавшей от ревности в связи с изменой мужа, было рекомендовано изучение произведения А. Моруа «Письма к незнакомке». Пациентка в ходе чтения осознала, что, имея специальность врача и не работая уже 10 лет, она совсем не развивалась и стала скучной для мужа, что позволило взять ей и личную ответственность за сложившуюся ситуацию, не делая скоропалительных выводов в аффек-

те. Пациент Б. с зависимостью от «демонической любовницы», прочитав книгу Дмитрия Ковпака «Олимпийское спокойствие», воскликнул: «Что я раньше не читал таких книг, чтобы оставаться спокойным!». Для выработки мотивации к психотерапии и согласия пациента с диагнозом полезными могут оказаться книги Ирины Млодик и других психотерапевтов. Не следует забывать о нашей классической литературе, где описано много сходных конфликтов у наших пациентов (рис.40). Ежедневник «Только сегодня и странички трезвости Игумена Иона» могут стать настольной книгой после выписки.



**Рисунок 40. Библиотерапия**

**Важно помнить, что такие духовные ресурсы как смирение, честность, ответственность, служение, развитие служат основой выздоровления**

*Задание.* Напиши 20 примеров позитивных ресурсов. Старайся, чтобы эти ресурсы были не только внешними (люди вокруг, работа, семья и т.п.) но и внутренними (собственные мысли,

эмоции, настроения, то есть то, что не зависит от окружающих тебя людей). Подумай, как ты сможете использовать свои позитивные ресурсы в будущем.

*Вспомни и опиши ситуации не в период употребления, когда ты:*

Был счастлив  
Был хоть в чем-то преуспевающим  
Был любящим  
Был любимым  
Был уверенным  
Был продуктивным  
Создавал что-то  
Заботился о ком-то  
Достигал чего-то  
Наслаждался чем-то  
Совершенствовался  
Был благодарен себе  
Чувствовал себя успешным  
Видел что-то приятное  
Имел больше, чем нужно  
Обладал запасом времени  
Интересовался чем-то  
Столкнулся с приятной неожиданностью  
Достиг понимания  
Сделал правильный выбор  
Прощал  
Был благодарен другим  
Чувствовал себя победителем  
Был великодушным  
Был бескорыстным

Профилактика срыва занимает обычно 2 недели. В случае рецидива его анализ в клинических условиях решается индивидуально. Мы наблюдали пациентов, которые формально усвоили все элементы программы, но не пропустили их через свою душу

и не взяли ответственность за свою жизнь и выздоровление после выписки. В этом случае показана повторная реабилитация.

Пациенты не достигают выздоровления, только не употребляя вещества. Выздоровление подразумевает перемену своей жизни, в которой становится «легче» не употреблять. Рецидив-ступенчатый процесс, который начинается за несколько месяцев до того, как появится прием ПАВ или эпизод игры. Важно учитывать три стадии рецидива: эмоциональный, мыслительный и поведенческий. Общим маркером эмоционального срыва является слабая забота о себе. Если пациент не научится заботиться о себе, он начнет чувствовать неуютно в своем теле и будет искать способы избежать напряжения, расслабиться и – «вознаградить» себя ПАВ.

Цель анализа и профилактики срыва – научить аддикта распознавать предупреждающие сигналы рецидива и развить способность совладать с ними, пока шансы на успех очень велики. Большинство срывов может быть объяснено в игнорировании 5 правил. Соблюдение этих правил может помочь пациентам акцентировать внимание на **наиболее важных моментах профилактики срывов: измени свою жизнь; будь всегда честен; обращайся за помощью; практикуй заботу о себе; не саботируй правила.**

## **КЛИНИКО- ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ КАК ИНТЕГРАТИВНЫЙ МОМЕНТ В СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ**

Члены реабилитационной команды определяют индивидуальную лечебную программу данного пациента. Лечебная программа составляется индивидуально с учетом способностей и потребностей и может быть изменена в процессе лечения, если это необходимо. Так, пациент активно вовлекается в различные виды групповой активности, появляется возможность наблюдать различные грани его личности. Более того, имеющие множество симптомов пациенты, зачастую не способные вербализовать конфликты, получают шанс донести собственные бесознательные и невербальные аспекты до «терапевтического поля». Психотерапевтический диагноз кроме диагностики структурных характеристик и оценки многомерности каждого пациента подчеркивает здоровые и ресурсные части. Особый интерес представляют способности пациента (например, владение языками, мануальные навыки, интеллектуальные возможности, творческие таланты, жизненный опыт). В начале стационарного лечения пациент проходит ряд диагностических процедур. К ним относятся анамнестический опрос нарколога, клинико-психотерапевтическое интервью клинического психолога (включая историю жизни), обследование терапевта. При проведении детального психологического обследования особое внимание уделяется объектным отношениям (структурное интервью, тест

незаконченных предложений, рисуночные тесты). Применяются также тесты SCL-90, MMPI, пиктограмма, тесты исследования интеллекта. (При проведении первичного интервью важно помнить об эмоциональной поддержке пациента).

Все эти диагностические исследования проводятся в начале лечения, в процессе клинической конференции и незадолго перед выпиской. Все результаты обследований интенсивно обсуждаются с пациентом. Он выступает в качестве активного партнера в любой диагностической и терапевтической сессии. Все терапевтические находки важны для диагноста и, наоборот, все диагностические результаты полезны для реабилитанта.

Очень важным является прямое ежедневное наблюдение за пациентом в различных терапевтических группах. Отмечаются такие моменты как вербальное и невербальное поведение, открывающиеся психодинамические проблемы и проблемы, связанные с наркотиками, коммуникативные особенности. Также важно изучить проявления переноса и контрпереноса в различных групповых занятиях и контактах со специалистами. Следует подчеркнуть, что реабилитанты часто переносят на специалистов определенные ролевые ожидания, не оправдавшиеся в их дисфункциональных семьях. Все полученные данные фиксируются в журнале наблюдения за пациентами, который находится у дежурного консультанта по зависимостям. Наблюдения служат основой для клинической конференции, которая обычно проводится для тех пациентов, которые не вписываются в стандартную программу.

Зачастую, отношения пациент – значимое окружение носят незрелый, конфликтный характер, свойственный пограничным пациентам. В связи с этим родители, по мере возможностей, также приглашаются на подобный консилиум, ибо готовность семейной системы к изменениям – важный фактор в профилактике рецидивов. С другой стороны, в случае «нестандартного пациента» родителям должна быть предоставлена исчерпывающая информация, так как семья часто оплачивает лечение. В клиническом разборе участвуют все сотрудники, вовлеченные в лечение паци-

ента: лечащий врач, психолог, социальный работник, групповой психотерапевт, социальный работник, консультант по зависимостям. Все участники разбора докладывают о собственной точке зрения на проблемы и динамику пациента. Ресурсы, сильные стороны и потенциальные возможности представляют наибольший интерес, составляя будущую перспективу пациента после его выписки. Для оценки динамики реабилитации необходимо понять замедление выполнения заданий, сдерживающие моменты, собственную рефлексию, равно как и работу «наблюдающего Эго». Важными вопросами являются: Соответствует ли темп реабилитации возможностям пациента? Нужна ли коррекция? Понятен ли пациент в аспекте психодинамического диагноза? Что мешает установлению терапевтических отношений между пациентом и членами реабилитационной команды?

В этом плане тщательная диагностика и включенное наблюдение всех сотрудников позволяет сделать адекватное диагностическое заключение. У пациентов, проходящих повторную реабилитацию, несмотря на срывы, наблюдаются структурные изменения. Преодоление «синдрома диффузной идентичности» у наркозависимых с пограничным уровнем организации личности и движение к целостной Я-концепции является сверхзадачей реабилитационного процесса («психотерапия идентичности» по Г. Аммону). Дискуссия в группе реабилитационной команды, разворачивающаяся в процессе разбора, полезна для вынесения суждения о бессознательной динамике пациента. Иногда сотрудники вступают в страстный спор друг с другом, настаивая каждый на собственном видении пациента.

Приведем в качестве иллюстрации следующий пример.

### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №16**

Егор, 22 года. Родился от второй беременности. Средний ребенок в семье. Старшему брату 30 лет, младшему 15 лет. Наследственность отягощена психопатическими чертами по линии деда со стороны отца, который эксплуатировал свою жену до самой



её смерти, а когда она умерла, покончил с собой. Мать Егора обладает нарциссическими чертами характера, всегда была ориентирована на престиж и высокий уровень жизни.

Отец всегда был целеустремленным, достиг высокого положения в своей профессии, любил компании, друзей, часто выезжал на охоту, периодически злоупотреблял алкоголем.

Выписка из домашнего задания Егора «Моя семья». «Я почти не видел маму в детстве, точнее видел, но... Мама много работала допоздна. Когда я был в детском саду, меня постоянно забирали последним, и я сидел один в комнате, заполненной игрушками, но такой пустой, при этом...». Матушка моя, по моим воспоминаниям, была «явно стукнута в голову чем-то тяжелым»и, безусловно, опасным. Била меня деревянной ложкой по голове за малейший проступок пока та не сломалась. Постоянные дикие требования, прописи и уроки, в соплях, до глубокой ночи, и это в детском саду, в начальных классах — все примерно по той же схеме. Однажды в деревне я проснулся от истошных воплей младшего брата. Вижу такую картину: мать, вооружившись массивным крестом и книжкой сомнительного содержания (возможно, библией) совершает обряд экзорцизма над несчастным 2-летним мальчиком. Ребенок орет, а мать списывает на то, что это из него выходят бесы. На улице темно. После этого ужаса нас двоих мать везет на машине в церковь...

Родители постоянно конфликтовали за право сказать последнее слово. Воспитательный конфликт вначале затронул старшего брата, и для того чтобы защитить его от агрессии матери, отец отправил его в 15-летнем возрасте учиться в колледж за границу.

Как себя помнит пациент, уже в детском саду жаждал восхищения, в поиске похвалы с выражением читал книжки и стихи.

Когда мальчику было 12 лет, во время одной из ссор родителей открыл ножку от стула и хотел запустить в отца, но когда увидел какой он расстроенный, сдержался. Отец все время куда-то исчезал. Воспитанием детей занимался мало, обеспечивая их хорошо материально.

В 13 лет начались пробы с алкоголем под влиянием старшего брата, с 14 лет несколько раз курил «траву». Начал конфлик-

товать с родителями. Не помнит, чтобы идентифицировался с родителями, зато старший брат всегда был объектом подражания для него, всегда пытался получить от него одобрение, скулчал по нему, когда тот был в отъезде. Примерно в это же время появилась «внутренняя пустота». В школе в старших классах конфликтовал с учителями, учиться было не интересно. Когда его перевели на заочное обучение, проводил много времени на различных «тусовках», читал стихи в «панковских притонах». В какой-то момент мать подростка, заподозрив, что сын не вписывается в её систему ценностей, госпитализировала его в реабилитационное отделение с целью узнать, не шизофрения ли у него, но когда этот диагноз отвергли, забрала его из клиники, хотя рекомендовали пройти полноценный курс психотерапии. В это же время произошел разрыв отношений между родителями. Отец забрал младшего сына в новую купленную квартиру, а Егор остался с матерью. Был обижен на отца за то, что он так сделал, но через полгода конфликты с матерью стали нарастать, и отец согласился взять его к себе тоже. «У меня никогда не было чувства дома» — говорит пациент о детстве и юности.

Окончив 11 классов, отказался куда-либо поступать, и был призван в ряды Российской армии. Служил на Севере, первый месяц болел ОРВИ, затем адаптировался и выполнял все учебные задачи. Во время службы не тушевался, себя в обиду не давал, имел друзей в коллективе. Описывал несколько ситуаций, когда грамотно разрешал конфликты, отстаивал справедливость, не боясь конфронтации.

Отец, волнуясь, что юноша после службы должен строить свою жизнь, купил ему квартиру рядом со своим домом. (Позиция отца, что его «сверхчувствительного, уязвимого юношу надо опекать и защищать от трудностей бытия» в то время не поддавалось разубеждению). Возможно, испытывая чувство вины за то, что отдал воспитание сыновей в руки матери, он хотел материально компенсировать дефицит проявления отцовского внимания и любви. Демобилизовавшись, несмотря на увещевания отца, не стал пересдавать ЕГЭ (сдал с невысоким баллом

один из предметов) и поступать в престижный университет, встречался с однополчанами, злоупотреблял алкоголем.

В основе трудности принятия решения лежит страх столкнуться с провалом в идентичности и самоопределении, в основе которого лежит диффузия идентичности клиента, согласно О. Кернбергу клинически проявляющаяся постоянным чувством пустоты, неопределенностью образа Я, противоречиями в восприятии самого себя, непоследовательностью поведения и бледным, плоским, скудным восприятием себя и других, а так же плохой интеграцией между концепциями Я и значимых других. Поскольку они не интегрированы, состояния self взаимно диссоциированы и воспринимаются изолированно друг от друга. Человек с пограничной организацией внезапно переходит от идентификации с одним состоянием self к другому, не ссылаясь на предыдущее. Это приводит к нарушению переживания self как относительно стабильного и стойкого с течением времени; т.н. «фрагментации нарративного self».

В профессиональной сфере для таких пациентов субъективно лучше было не начинать вообще двигаться в сторону своего развития, так как действия приводят к результату, а результат — это возможность как успеха, так и провала, а провал — это неизбежный стыд для него. В упрощённом виде эта когнитивная схема выглядит так: нет действия, нет стыда.

В основе депрессивного аффекта, от которого страдал пациент, лежит типичное нарциссическое переживание аутоагрессии с обесцениванием себя. Казалось бы, относительно простое действие: взять со стола книгу, открыть и начать читать или опубликовать рассказ, пойти пересдать ЕГЭ тормозится массивным пластом неосознаваемого стыда и вытесняемым страхом испытать этот стыд. Страх может действовать на принятие решения, подавляя ощущение самоконтроля, приводя к панике и беспомощности, а также влиять на ощущение идентичности, или и то, и другое

Отец заполнял продуктами холодильник, оплачивал коммунальные расходы, стимулировал сына на учебу. Через пять месяцев такого безделья увидел, что юноша стал «опускаться», заметил его сниженное настроение, и было принято решение о госпитализации его в реабилитационное отделение.

#### **Пять ключевых триггеров депрессии у пациентов с НРЛ**

1. Нарциссическая уязвимость — нестойкое чувство отделенного «я» и повышенная чувствительность к мнимой или действительной поте-

ре уважения или отвержению. Это ведет к понижению самооценки, что в свою очередь вызывает депрессивные аффекты, экзистенциальную тревогу и гнев в ответ на нарциссическую травму.

2. Конфликтный гнев. Гнев, обвинение ближних и зависть к окружающим, приводящие к разрывам отношений; трудности понимания границ ответственности пациента. Вслед за гневом, направленным на себя, идет депрессивный аффект.

3. Сильное суперэго и переживание вины и стыда — чувства и желания оцениваются как плохие и/или неправильные. Сомнения в том, что любовь пересилит агрессию. Это влечет за собой негативное самовосприятие и самокритику, а в некоторых случаях — потерю границы между реальностью и фантазией.

4. Идеализированные и обесцененные ожидания от себя и от других — высокие ожидания от себя и/или идеализация окружающих, нередко сменяющаяся де-идеализацией и обесцениванием, которые ведут к разочарованию, злости на себя и на других с последующим снижением самооценки.

5. Характерные черты защиты от болезненных аффектов — отрицание, проекция, пассивная агрессия и реактивное образование. Вслед за этим наступает нарастающая депрессия (или мир воспринимается как враждебный или атака направлена на себя). Расщепление — характерная защита от агрессии, которую вследствие этого нельзя интегрировать в личностный рост.

При поступлении во время знакомства с другими участниками реабилитационного процесса пациент представил себя как «депрессивного пьяницу». В период пребывания в отделении задания выполнял нерегулярно, имел «последствия». Проявил интерес к девушке старше его по возрасту, «ходил за ней по пятам», эксплуатировал её внимание к своей персоне. После выписки их контакт быстро прекратился, так как девушке стало с ним не интересно. «Общался со мной только, когда ему надо». (Пациентка вышла в устойчивую ремиссию, нашла работу, имеет стабильные отношения с мужчиной).

Продолжил работу с психологом, был налажен терапевтический альянс, но через 1,5 месяца болезненно воспринял её излишнюю конфронтацию с алкогольной зависимостью (в тот период ими не обсуждалось, что пациент имеет нарциссическую структуру личности и коморбиден по зависимостям), у него воз-

никло внутреннее нежелание писать «самоанализ». Он прервал терапию и обесценил всю работу.

**Преждевременное прекращение лечения или внезапный обрыв лечения у таких пациентов обусловлен следующими причинами**

Чувствительность к изменениям в жизни (например, брак, роды, старение) и внезапным жизненным событиям, которые могут нарушить терапевтический альянс

Неприятие диагноза, особенности грандиозности, исключительности и отсутствия эмпатии

Чувствительность к чувству вины, критике и несправедливому обращению, в том числе со стороны терапевта

Слабая толерантность к аффектам, особенно чувству стыда, унижения и уязвимости

Желание понравиться / произвести впечатление на терапевта или имитация их взглядов без доказательств терапевтических изменений

Поиск помощи после нескольких неудачных предыдущих попыток  
Суицидальные мысли и поведение

Вторичная выгода симптомов

Агрессивные, антисоциальные и психопатические особенности, которые связаны с плохим прогнозом

Негативные контрпереносные чувства у психотерапевта, которые могут привести к бесполезным реакциям или санкциям, таким как исключение пациента из лечения

**Пациент может воспринимать любое вмешательство в качестве критики или нападения**

Какое-то время работал в промышленном альпинизме, работа нравилась, так как это проходило в команде. Злоупотреблял алкоголем, были беспорядочные половые связи, иногда наслаждался просто покорением дамских сердец, не доводя дело до интимной близости, получая от этого удовольствие. Примерно через год после выписки из стационара почувствовал, острую ненависть к себе и миру. На фоне внутреннего напряжения («крыша поехала») злоупотребил алкоголем в баре и вступил в агрессивную перепалку и драку с одним из посетителей бара,

который ранил его ножом (как оказалось впоследствии при судебном разбирательстве, человек, нанеший ножевое ранение был уголовником-рецидивистом и недавно освобожден из мест лишения свободы). «Я сам лез на этот нож», — вспоминает потом пациент: «Мне было все равно, что со мной будет».

После данного инцидента работать на высоте не мог, затем подрабатывал на фестивалях и квестах.

Эмоциональное состояние ухудшалось. Увещевания отца по поводу учебы игнорировались, самооценка резко падала. Искомое восхищения не получал. Все время откладывал задуманные дела. Пытался повысить самоуважение в хвастовстве знания музыкальных жанров перед своим старшим братом, но эти попытки становились все реже. Поэтический и музыкальный таланты остались нереализованными. Изредка выступал на поэтических вечерах, но так и не опубликовал свои стихи, хотя собирался это сделать. Нарастали пустота, отчаяние. Вот как он отразил свое состояние в стихах.

Зудит и тихо шепчет Пустота.  
Рвёт тело изнутри, холодными ладонями  
Сжимает душу так, что блёкнут все цвета.  
И сердце, в предпанической агонии безумно  
бьется.  
Пустота, с ухмылкой, сжимает крепче мёртвой  
хватки клещи.  
Сердце стучит и отдаёт в затылке.  
Как будто в жуткой, адской печи сгораю заживо.  
Панически боясь безумия,  
Ты приближаешь его смрадное дыхание,  
Ты кормишь бездну. Кратером Везувия  
Пылает пустота. Пылает мания.  
И не заполнить ни вином, ни золотом.  
Как чёрная дыра, внутри, в груди  
Вбивает в землю inferнальным молотом  
И засыпает. Бойся. Не буди

К психологам обращаться отказывался, надеясь, что справится сам. А когда сообщил отцу, что у него с психикой не в порядке, тот призывал его «взять себя в руки» и не раскисать.

Отец понял, что необходима консультация, когда пациент несколько дней не выходил из дома и не отвечал на звонки. Специалист, оценив состояние юноши как декомпенсацию расстройства личности, предложил госпитализация в стационар. Юноша сразу согласился, понимая уже, что сам не справится. При поступлении в отделение сообщил, что в последнее время наблюдались суицидные мысли, и если не обратиться за помощью, вряд ли доживет до 30 лет.

В течение первой недели пребывания в клинике принял свой диагноз «нарциссическое расстройство личности», но отказывался полностью признать, что он бессилен перед алкоголем, наркотиками, сексом. Согласился с полным крахом своих идеализаций и с тем, что имеет выраженную личную и социальную неуправляемость («Жизнь стала неуправляемой. Стыд сопровождал всю мою жизнь»).

В психодраме (рис.41), конфронтируя с его нарциссической грандиозностью (порой скрытой), был показан тупиковый путь его остановки саморазвития (слева на стуле метафорически отражена деструктивная «компульсивность» – ведьма, выскакивающая из коробки, и маска смерти). На другом стуле – справа пациент рассуждает о возможных путях восстановления личности, о том, что обесценив очередной раз психотерапию, проживая в своих идеализациях, он вернется к окончательному разрушению своей личности. Это третье пребывание его в реабилитации. Командой специалистов в ходе интервьюи был составлен индивидуальный план лечения для юноши, предполагающий как длительную реабилитацию, так и последующую долгосрочную терапию.



**Рис 41. Потребность в восхищении. В качестве метафоры послужил большой веер, символизирующий павлиний хвост**

В ходе клинико-психотерапевтической конференции специ-



алисты пришли к следующему заключению. Для Егора рекомендовано прохождение длительной реабилитации в условиях загородного центра. Можно выделить несколько «терапевтических мишеней»:

- развитие понимания пациентом своего заболевания как био-психо-социо-духовного расстройства;

- коррекция мотивации и «вручения» ответственности за реабилитацию. Проблема выбора новых способов поведения тесно связана с ответственностью клиента. Психопатология возникает в том случае, когда человек не извлекает урока из «обратной связи» и, как следствие, не может осознать свои ошибочные представления, что и проявляется в дисфункциональном поведении;

- восстановление эмоционального равновесия. Более детальная проработка деструктивных эмоций (обида, стыда) и осознание клиентом саморазрушающих тенденций;

**Лечение стыда** — гораздо более трудоемкий процесс, чем лечение вины. Стыд нельзя вылечить разговором о нем. Он может быть исцелен только через «уязвимость», через раскрытие своих переживаний перед другими. Стыд — это ощущение себя недостойным. Часто стыд закладывается на стадии сепарации и индивидуации и связан с дефицитом любви и отражения.

- прощение тех, кого ненавидит, может служить конструктивным шагом для освобождения от травм прошлого;

- работа по совершенствованию копинг-стратегий и управлению «нарциссической грандиозностью»;

- изменение его представление о себе;

- корректировка дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок;

- нахождение смысла жизни, и определение ценностно-смысловой дисгармонии.

Полной уверенности, что эго-синтонное отношение к расстройству личности окончательно сменится на эго-дистонное, рефлексивное отношение — у пациента нет, но принятие своего диагноза, желание менять свою жизнь, устойчивый терапевтиче-

ский альянс с психологом и снятие блокады рефлексии подает надежду.

Катамнез. В результате 2-месячной реабилитации в стационаре и последующего 6-месячного пребывания в загородном реабилитационном центре была достигнута устойчивая ремиссия.

Каждая клиническая конференция уникальна, так как неповторима личность пациента. Некоторые пациенты беспокоятся по поводу своих «клинических разборов», другие рады уделяемому вниманию и заботе, встречаются и такие, которые специально готовятся к этому мероприятию, принося с собой рисунки с психотерапевтической группы, дневники. Клиническая конференция, в целом, имеет терапевтическое значение для пациента. Очень часто это – поворотный момент для всего процесса лечения. Во время подобного разбора пациент непосредственно сталкивается с информацией о самом себе, собранной воедино. Например, пациент с невротическим уровнем организации личности в начале лечения требует меньшей поддержки по сравнению с пограничным пациентом, который реагирует разнообразными защитами с целью избежать личностного роста. Такой пограничный пациент выдержит прямую конфронтацию со своим деструктивным поведением при условии, что отношения реабилитационная команда – пациент достаточно стабильны. Относительно планирования будущего, первостепенное значение имеет обсуждение вопросов, связанных с работой, местом проживания и постреабилитационным сопровождением, включая профессиональное развитие. Требования общества, равно как возможности и ограничения пациента должны быть учтены при планировании жизни после выписки. Для дальнейшего развития после лечения в больнице пациенту требуется очертить здоровую и поддерживающую среду в смысле «социально – энергетического поля». Большей частью это связано с продолжающейся амбулаторной реабилитацией, целью которой является стабилизация прогресса, достигнутого в клинике.

С нашей точки зрения, клинико-психотерапевтическая кон-

ференция является высоко коммуникативным процессом, в котором пациент выступает как активный участник. Принципы современной психотерапии и диагностики предусматривают использование здоровых аспектов пациента, укрепление и поддержку его творческого потенциала до такой степени, когда болезнь утратит свое ограничивающее жизнь значение.

## **СУПЕРВИЗИЯ И ПРОФИЛАКТИКА «СИНДРОМА СГОРАНИЯ»**

Реабилитация – эмоционально очень затратный процесс, как для участников программы, так и для членов «лечебной команды». Поэтому супервизия как «особое вмешательство», препятствующее профессиональному выгоранию, активно рекомендуется для всех специалистов реабилитационной программы.

Супервизия – терапевтический процесс, сосредоточенный на внутри- и межличностной динамике консультируемого и его отношениях с клиентами, коллегами, супервизорами и другими значимыми людьми.

Супервизия отражает «ремесленный аспект» психотерапии. Психотерапия дает возможность пациенту высказать свои переживания на приеме у специалиста, позволяет консультанту (психотерапевту, супервизируемому) предоставить на выборочный материал консультирования и психотерапии.

Акцент в супервизии может быть сделан в соответствии с опытом и актуальными потребностями консультанта. Новичок может нуждаться в существенной поддержке, одобрении и обучении; несколько более опытный терапевт может нуждаться в помощи по поводу организации процесса и прояснении психотерапевтической реальности; продвинутый консультант нуждается в помощи по интеграции своих профессиональных умений и теоретических концепций. Атмосфера супервизии должна быть надежным убежищем супервизируемому, где он мог бы исследовать личностные проблемы и проблемы профессионального роста.

Большинство консультантов (особенно в сфере работы с алкоголизмом и злоупотреблением психоактивными веществами) имеют превосходные начальные навыки. Они демонстрируют

эмпатию, искренность, конкретность и силу. Однако начинающие психотерапевты теряются при необходимости определить, что и зачем они сделали. У них минимальны способности к концептуализации планов лечения и к обоснованию конкретных клинических вмешательств.

Супервизия является способом продвижения консультанта по пути осознания скрытых паттернов поведения. Супервизор должен действовать в значительной степени как консультант, ориентированный на супервизируемого, как на личность. Цель супервизора – способствовать росту супервизируемого в роли консультанта. В частности, супервизор в процессе консультирования и сеансов супервизии исследует чувства супервизируемого (включая чувства по поводу конкретных вмешательств), предоставляя для супервизируемого возможности поработать с аффектами и/или защитами последнего. Те возможные проблемы, которые могут помешать открытому сотрудничеству должны быть обязательно обсуждены.

Наиболее важным аспектом супервизии является анализ качества терапевтических отношений. Прежде всего, являются ли они иерархическими или горизонтальными? При горизонтальных взаимоотношениях ни один из партнеров не является экспертом при рассмотрении чужого опыта. Терапевт является экспертом в психологических теориях, процессах и интервенциях, в то время как клиент является экспертом в рамках своего персонального опыта. Тем самым они эквивалентны друг другу как эксперты и их отношения горизонтальны.

Например, человек может не замечать, что он блокирует свои чувства, обуславливая тем самым возникновение мышечных зажимов и соматических заболеваний. Он может не знать, что наполнен гневом и мстительными желаниями, которые вследствие гиперкомпенсации могут осознаваться как робость, страх причинить кому-то малейшие неудобства, подавленное, депрессивное состояние. Или человек не осознает, что точно следует жизненному сценарию, что его забота о других – это всего лишь манипулятивный способ удовлетворить свои потреб-

ности во власти и контроле и т. п.

Здесь следует задать себе ряд важных вопросов. Как перемены могут повлиять на терапевтические отношения? Принимаются во внимание или игнорируются реалии отношений? Оценивается ли актуальное поведение в большей степени как проявление прошлого опыта пациента и, соответственно, как строятся реакции консультанта? Включен ли терапевт «здесь и теперь» во взаимодействие и в состоянии ли он аутентично отвечать клиенту или же он сосредоточил свои усилия на поддержании себя в качестве «черного экрана» или всего лишь имитирует эмпатическое понимание? Иногда пациенты проигрывают свою интерперсональную драму строго определенным образом, заставляя терапевта принять роль, которую они предписывают, и испытывают боль и злость, когда специалист фрустрирует их ожидания.

Некоторые контрпереносные чувства возникают, когда пациент затрагивает область, особенно тревожащую терапевта.

### **СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №17**

Консультант по химической зависимости (ранее наркозависимая, срок ремиссии – пять лет) вынесла на групповую супервизию случай, связанный с возникшим чувством тревоги. Подруга пациента, сопровождавшая его на госпитализацию в реабилитационное отделение, сообщила консультанту о желании с ним расстаться окончательно. В ходе супервизорской сессии и последующей психодраматической проработки выяснилось, что в возрасте 15 лет консультант дружила с юношей, 17 лет, который оказался наркоманом. Через месяц после их расставания он умер от передозировки наркотика. Друзья наркомана показали ей стихи, в которых он упоминает ее как единственного человека, которого он любил. У нее в тот период возникло чувство вины, которое со временем было вытеснено. Спустя пять лет после пережитой психотравмы, она сама стала употреблять наркотики. Консультируемый случай затро-

нул ее «уязвимую» зону. Осознание причины тревоги на супервизии и проработка этой конфликтной зоны в ходе личной терапии привели к осознанию проблемы и гармонизации чувств.

Следовательно, для супервизируемого является ценной возможностью осознать, определить, научиться в ходе даваемой ему супервизии устранять, обусловленные личностными особенностями (трансферентные и несоответствующие контексту) ответы, нарушающие терапевтический процесс.

Ряд источников определяет супервизию как форму терапии или, по крайней мере, как терапевтический процесс. Различие состоит в том, что супервизия — это лечение лечения (а не специалиста). И хотя супервизор не должен лечить супервизируемого, в супервизии могут и должны решаться терапевтические проблемы.

Многие наркологические пациенты, обладая пограничной личностной организацией, склонны «расщеплять» своих консультантов за счет часто используемого механизма психологической защиты «проективная идентификация».

Весьма актуальной проблемой является несоблюдение личных границ консультантами, когда они начинают консультировать или переносить свои знания на родственников или знакомых.

Так, в одном случае, психолог, работающая в наркологическом отделении, познакомилась с молодым человеком, служившим в «горячих точках». Она разрывалась между возникшим чувством любви к парню и желанием помочь ему как клиенту, предъявлявшему жалобы, свойственные пограничной личностной организации. На семинаре она едва дождалась своей очереди для представления своей проблемы, настолько ее охватила безудержная тревога.

В другом случае консультант по зависимостям, имеющий ремиссию три года и психически больную мать, пытался помочь девушке своего друга с проблемами наркотиков. Большая перегрузка на работе, неблагоприятная семейная обстановка в прямом и переносном смысле легли на его плечи. Он расплатился

за «нарушение границ» тяжелым неврологическим заболеванием, потребовавшим длительного лечения.

Супервизия не является «чистой» терапией, то есть это не означает, что в обязательном порядке необходимо обсуждать и прорабатывать проблемы терапевта, но установление партнерских отношений между супервизором и супервизируемым, эмпатическое выслушивание коллеги имеют и терапевтический аспект.

Супервизия обладает терапевтическим эффектом не потому, что супервизор проводит терапию, а потому что обладающий терапевтическим опытом специалист проводит супервизию. Другой понятный феномен: личность, навыки и стиль терапевта переносятся на роль супервизора. Хотя супервизируемый не рассматривается как пациент, супервизор продолжает смотреть глазами терапевта — человека, чувствительного к переживаниям, восприимчивого к интрапсихическим проблемам и межличностной динамике и тренированного в определенной модели терапии, а нередко за многие годы практики, интегрировавшего ряд методов.

Как правило, центральной точкой супервизии должен быть клинический материал. Однако если консультант обнаруживает личностную проблему, мешающую клиническому процессу, супервизор должен видеть, что консультант ищет поддержки для выхода из тупика. Проблема границы заключается здесь в том, где, когда и как следует провести консультирование. Общее правило большинства клинических супервизорских ситуаций (особенно тех, где супервизор является начальником консультанта): клинический супервизор не обязан и, как правило, не должен проводить личностное консультирование супервизируемых. Тем не менее, адекватной будет адресация к внешнему терапевту. Наша позиция — рекомендовать пройти супервизируемому терапию и сразу дать координаты психотерапевтов.

Такая адресация необходима во избежание двойственности отношений (интерролевого конфликта), что компрометирует супервизорские отношения. В особенности, терапевтические отно-



шения, которым в целом присуща некоторая доля зависимости, должны быть вне супервизии.

Тесно связанные друг с другом терапевтические и образовательные цели супервизии способствуют профилактике профессионального сгорания специалистов.

В «помогающих профессиях», как ни в одной другой области велика роль профессиональных сообществ. Обсуждение сложных случаев из практики на балинтовских группах, супервизия сеансов психотерапии, поддержка коллег позволяют специалисту сохранять здоровье и профессиональное долголетие.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше отделение было создано в 2008 году для лечения сугубо химических зависимостей. За эти годы в нашей клинике успешно прошли лечение пациенты и с другими пограничными психическими расстройствами (неврозы, расстройства личности, психосоматические расстройства). За счет формирования дружной команды специалистов и индивидуального подхода удалось достичь хороших результатов в короткие сроки. Наше реабилитационное отделение по праву гордится используемыми методиками, которые опираются на достижения мировой медицины, отечественной и зарубежной психотерапии и уникальный опыт, который приобретен за более десятка лет работы нашего Центра. Специалисты постоянно учатся, ежемесячно проходят супервизию. Использование современных лекарственных препаратов предоставляет возможность быстрого восстановления сна, улучшения фона настроения.

Благодаря уникальным психотерапевтическим и тренинговым методикам, психообразовательным лекциям человек становится более устойчивым ко всяким провоцирующим ситуациям, а также учится жить трезвой жизнью и получать от нее удовольствие.

Наша полипрофессиональная команда специалистов состоит из трех врачей психиатров — психотерапевтов, клинических психологов, не имевших зависимости, а также зависимых психологов, со сроком ремиссии более 5 лет, получивших или получающих профессиональное психологическое образование.

Мы с Вами, дорогой читатель, совершили экскурс по «Программе медико-психотерапевтической реабилитации зависимостей и расстройств личности», созданной коллективом наших специалистов. Как видно из представленного материала и клинических иллюстраций руководства, программа реализуется

в длительном временном интервале, поэтому в нашей работе эффективен командный подход и преемственность между специалистами.

Путешествие в здоровую, трезвую жизнь не быстрый и не легкий путь. **Перечислим некоторые ключевые принципы лечения аддиктов, которые могут быть использованы в любом реабилитационном центре.**

1. Аддикция — это не только пристрастие к какому-либо веществу или поведению, а био-психо-социо-духовное расстройство.
2. Чем раньше начато лечение, тем более благоприятный прогноз.
3. Детокс важная, но только первая ступень лечения. Долговременные поведенческие изменения требуют длительной комбинированной терапии, сопровождения и поддержки.
4. У аддикта не должно быть своей концепции выздоровления.
5. Принятие бессилия и неуправляемости является основой выздоровления, **причем не означает, что это должно нравиться пациенту.** Забыть или минимизировать эти феномены — путь к срыву.
6. Нет единого рецепта лечения аддикции. Одним пациентам может помочь интегративный подход, описанный в нашем руководстве, другим — пребывание в монастыре или 12-шаговая программа.
7. Эффективное лечение должно охватывать все стороны жизни, а не только употребление ПАВ (созависимые отношения, экзистенциальные кризисы и т.д.).
8. Психические расстройства часто сопровождают аддикцию и также требуют лечения (психозы, депрессия, психосоматозы).
9. Медикаментозное сопровождение в некоторых случаях необходимо сочетать с реабилитационными мероприятиями.
10. Необходимо потратить достаточное количество времени, чтобы преодолеть свою болезнь.
11. Лечебные планы могут постоянно корректироваться в зависимости от состояния пациента и изменения жизненных обстоятельств.
12. Оптимальная программа включает мониторинг возможного рецидива после курса лечения.

В настоящее время во многих психотерапевтических направлениях придается значение изучению метакогниций. М. — это процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт помогает пациенту развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и по-

ведение. Психотерапевт обучает пациента методикам, которые помогут ему снижать уровень стресса: техники релаксации, систематической десенсибилизации, планирование поведения для потенциально стрессового события, что способствует улучшению психологической адаптации. То же описывается и при ментализации как умение видеть себя извне. В итоге пациент должен приобрести смирение и отказ от деструктивного поведения.

В последнее время активно применяется терапия осознанности в лечении дистресса (Mindfulness Based Stress Reduction). Это психообразовательная методика, целью которой является обучение человека намеренному, целенаправленному, созерцательному обращению внимания на автопилот в своей жизни, т.е. взгляду на себя со стороны. Обучение навыкам воспринимать, чувствовать и осознавать свои мысли и телесные ощущения не только в моменты дискомфорта, но «здесь и сейчас». Это направление учит принимать непрерывный поток мыслей и развивать гибкую позицию по отношению к этим мыслям, эмоциями, ощущениям в теле, своему опыту с целью повышения качества жизни и субъективного благополучия.

Осознанность (барометр стресса) и медитативные техники (трехминутная и минутная медитация, сканирование тела, осознанная минута, осознанные движения) снижают негативные мысли и тенденции реагировать на стресс, неадаптивным поведением употребляя ПАВ. В отношении тяги к ПАВ данный подход позволяет обучить пациентов не реагировать на дискомфортные раздражители, на «автопилоте», а реагировать с осознанием и промедлением, занимая позицию наблюдателя. Развивать осознанность — значит снижать власть деструктивных привычек у пациента «патологических стереотипов», ослабляя их поток, и контролируемо направлять свои мысли. Активно разрабатывается новое направление в психотерапии осознанности для профилактики рецидивов (Mindfulness Based Relapse Prevention, сокр. MBRP), которое сочетает в себе практику медитации со стандартными навыками профилактики рецидивов. Основными задачами MBRP являются: 1. Повышение осведомленности

пациента о триггерах и привычных реакциях, которые приводят к срыву. Освоение способов делать паузу в этом, казалось бы, автоматическом процессе тяги к употреблению ПАВ. Пациента обучают осознавать диапазон выбора, который он может сделать в настоящий момент. 2. Изменение отношения к дискомфорту. Пациент учится распознавать сложные эмоциональные и физические ощущения и реагировать на них более гибко, используя различные медитативные и дыхательные техники. 3. Построить образ жизни так, чтобы он больше заключался в осознанности. Работа с глубоко укоренившимися привычками. Введение новых привычек. 4. Осознавать тягу к употреблению ПАВ. Научится бросать прямой вызов тяге. 5. Изучить с чем связана тяга (помнить мнемонический прием HALT: голод, злость, одиночество, и усталость).

Путем выполнения домашних заданий и индивидуальной работы с психологом пациент анализирует причины своего поведения или срыва и строит планы по его профилактике. Повышение рефлексии и самосознания и постоянная работа над своим духовным ростом – залог длительной ремиссии аддиктивных расстройств.

Интегративный подход позволяет выбрать **«индивидуальный терапевтический маршрут»** для каждого пациента. Умение выдвигать многомерные гипотезы и проверять их в процессе психотерапии, творчески использовать подходящие вмешательства – залог успешной терапии. Так в случае Константина фото его психодрамы с ресурсными предметами (рис. 42) помогло ему не сбиваться с цели и после выписки из стационара. Пациент символически повесил этот рисунок над своим столом – своего рода «якорение цели».



**Рисунок 42. «Якорение цели»**

Эффективность программы будет определяться следующими составляющими.

*Ситуация с употреблением основного наркотика*, по отношению к которому сформирована зависимость. Идеальным результатом остается полное воздержание от ПАВ.

*Психическое состояние*. Отсутствие грубых психических отклонений, включая редукцию проявлений коморбидных психических расстройств, а также улучшение психологического самочувствия в целом.

*Состояние общего здоровья*. Уменьшение количества госпитализаций, связанных с наркотизацией, лечение имеющихся, в том числе инфекционных, осложнений и сопутствующих заболеваний, регулярное врачебное наблюдение.

*Улучшение межличностных отношений*. Уменьшение количества конфликтов в семье, улучшение социальной адаптации

на основе появления новых интересов и позитивного взаимодействия с окружением, отделение от родительской семьи и самообеспечение.

*Показатели занятости.* Признаками позитивных изменений являются возобновление учебы, трудоустройство с приобретением экономической самостоятельности, усилия направленные на получение специальности.

*Правовой статус.* Отсутствие криминальной активности непосредственно связанной с психоактивными веществами, а также с другими видами правонарушений, совершаемых с целью получения средств на приобретение наркотиков. Отсутствие инцидентов, связанных с употреблением наркотическими веществами (травмы, дорожно-транспортные происшествия, административные правонарушения).

Мы не претендуем, что представленная в Руководстве программа состоит только из наших инноваций. Наоборот, в течение длительного времени мы интегрировали интересные разработки и идеи, которые приходили к нам в процессе обмена опытом с другими реабилитационными центрами, коллегами, знакомства с литературой. Наши специалисты постоянно учатся, проходят обязательную личную терапию и супервизию. Мы надеемся, что врачи, психологи, социальные работники, консультанты по зависимостям, которые захотят внедрить в свою организацию методики, аналитические задания, описанные в настоящем руководстве, подойдут к этому процессу творчески. Необходимо понимать, что не может быть двух совершенно одинаковых программ! Реабилитационная программа несет в себе индивидуальные особенности специалистов, работающих в ней, организации, в стенах которой она реализуется, а также целей и задач, которыми руководствуются пациенты. Поэтому мы не опасаемся, что наши индивидуальные разработки могут быть использованы в других местах. В свою очередь, мы призываем коллег: «Делитесь своим опытом открыто, ведь все равно ни у кого не получится так, как у Вас!»

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Артц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах — М.: Научный мир, 2016

Белоколодов В. В., Малкова Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых. Учебно-методическое пособие. — СПб., 2016

Будников М. Ю. Самоотношение у наркозависимых в процессе стационарной реабилитации: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук. — СПб., 2014

Варга А. Введение в системную семейную психотерапию. — М. Когито-Центр, 2011

Горски Т. Т., Миллер М. Остаться трезвым. Руководство по предотвращению срыва / Т. Т. Горски, М. Миллер; пер. с англ. В. Васильева. — СПб.: РОО «Наш путь», 2007.

Демина М. В., Чирко В. В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006.

Джейкоб, Г., Ван Гендерен, Х., Сиббауэр, Л. Разрушение паттернов негативного мышления. Самопомощь и поддержка в схема-терапии. — М.: Научный мир, 2019

Дорцен Э. В. Психотерапия и поиски счастья. — М.: ИОИ, 2015

Дудко Т. Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами / Т. Н. Дудко // Вопросы наркологии. — 2008. — №3. — С. 80–92.

Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. — СПб.: Речь, 2004.

Иванец Н. Н., Анохина И. П., Винникова М. А. Наркология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008

Игумен Иона (Займовский). Странички трезвости. 2-е изд., испр. и перераб. — М.: Триада, 2015



Йоманс Ф., Кларкин Д., Кернберг О. Психотерапия. фокусированная на переносе при пограничном расстройстве личности. Клиническое руководство. — М.: Издательский проект группы партнеров Psy Event, 2018

Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии — М.: Класс, 2005

Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей-психотерапевтов) / Под ред. Р. К. Назырова, Д. А. Федоряка, С. В. Ляшковой. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2012.

Ковпак Д. В. Олимпийское спокойствие. Как его достичь? — СПб.: Питер, 2014

Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия. Учебное пособие. — М.: Когито-Центр, 2015

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Аддиктология: настольная книга. — М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012.

Крюгер Р. Лечение психодрамой. Теория и практика \Пер. с нем.- М. Независимая фирма «Класс», 2017

Кулаков С. А., Ваисов С. Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. — СПб.: Речь, 2006.

Кулаков С. А. Клинико-психотерапевтическая конференция в стационарной реабилитации наркозависимых. // Ж. «Психическое здоровье» №2, 2009. — С. 39–42

Кулаков С. А. Психотерапевтический диагноз в реабилитации пациентов, зависимых от ПАВ // Наркология. — №9, 2013, с. 85–90

Кулаков С. А. Мишени психотерапии в реабилитации пациентов с зависимостями \Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9–11 июня 2016 г. [Электронное издание]: под общей ред. Н. Г. Незнанова, О. В. Лиманкина. — СПб.: Альта Астра, 2016.

Кулаков С. А. Рецидив при аддикциях и психосоматических

заболеваниях. — Вестник психиатрии и психологии Чувашии. Том 12, №1, 2016. С.76–85

Кулаков С. А. Психосоматика, 3-издание. — Издательские решения Ридера, 2019

Кулаков С. А. Супервизия в психотерапии. — Издательские решения Ридера, 2020

Лаукс Г. Психиатрия и психотерапия: справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем.; под общ. ред. Акад. РАМН П. И. Сидорова. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 512 с.

Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. — М.: Прогресс, 2007.

Лэнгле А. Современный экзистенциальный анализ: история, теория, практика, исследования / А. Лэнгле, Е. М. Уколова, В. Б. Шумский. — М.: Логос, 2014.

Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению / Пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2003.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Класс, 1998.

Мак-Вильямс Н. Формулирование психоаналитического случая. — М.: Независимая фирма «Класс», 2015

Малкина-Пых. И. Семейная терапия: справочник практического психолога. — М.: Эксмо, 2005

Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии / В. Д. Менделевич. — СПб.: Речь, 2007.

Млодик И. Ю. Карточный дом. Психотерапевтическая помощь клиентам с пограничными расстройствами. — М.: Генезис, 2016

Овчинников Михаил, протоирей. Терновый венец болезни. Опыт преодоления рака. — М.: Даниловский благовестник, 2008.

Психология и лечение зависимого поведения: пер. с англ. Р. Р. Муртазина / под ред. С. Даулинга. — М.: Класс, 2007.

Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина. Руко-

водство. — М. ГЭОТАР-МЕДИА, 2014

Симеоне-ДиФранческо К., Редигер Э., Стивенс Б. А. Схема-терапия супружеских пар: Практическое руководство по исцелению отношений. — М.: Научный мир, 2017

Сорока А., Сорока С. Сборник лекций по 7 потенциалам. — Издательские решения Ридера, 2017

Только сегодня. Ежедневник 12 шагов и 12 традиций., NAWs, 2008

Уайнхолд Б., Уайнхолд Д. Освобождение от созависимости / Б. Уайнхолд, Д. Уайнхолд; пер. с англ. А. Г. Чеславской; под ред. В. М. Бондаровской, Т. В. Кульбачки. — М.: Класс, 2005.

Уорден М. Семейная психотерапия. Диагностика, техники, секреты мастерства. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2007.

Флорес Ф. Групповая психотерапия зависимостей. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2016

Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра.— М.: Медпрактика, 2011

Чернобровкина Т. В., Кершенгольц Б. М. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Йошкар-Ола: Фрактал, 2006.

Шутценбергер А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. — М., 2001.

Эйдемиллер Э. Г. и др. Семейный диагноз и семейная психотерапия. — СПб.: Речь, 2007.

Caligor E., Levy K., Yeomans F. Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges//Am J Psychiatry 172:5, May 2015. — P.415–422 Psychotherapy for the treatment of substance abuse/ edited by Marc Galanter, Herbert D. Kleber/ American Psychiatric Publishing, Inc., 2011.

Caligor E., Kernberg O.F., Yeomans F. Psychodynamic Therapy for Personality Pathology. Treating Self and Interpersonal Functioning. — American Psychiatric Association, Washington, 2018

Melemis S. Relapse prevention and the five rules of recovery// Yale Journal of biology and medicine 88 (2015). — P.325–332

Spinelli Ernesto. Practising Existential Therapy: The Relational World. Sage Publ. London, 2015.

## ГЛОССАРИЙ

**Автоматические мысли** (термин А. Бека) – в когнитивной терапии, спонтанно возникающие мысли, которые приводятся в движение определенными стимулами и занимают промежуточное положение между событием и эмоциональными поведенческими реакциями пациента.

**Агрессивность** – 1) склонность действовать энергично и, возможно, безжалостно для достижения поставленных целей; стремление к социальному доминированию, контролю над действиями и убеждениями других членов группы; 2) проявление агрессии, склонность действовать враждебно, агрессивно.

**Агрессия** – любая форма поведения, нацеленная на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения.

**Аддикция** – пристрастие к чему либо. **Аддикт**, человек, имеющий какое-либо пристрастие или зависимость (химическую и нехимическую).

**Акцентуация** – чрезмерная выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющая крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями.

**Акциональный голод** – врожденная потребность человека в самореализации, развитии, спонтанности.

**Аутентичность** (от греч. authentikos – подлинный) – экзистенциально-гуманистическое понятие, соответствующее умению быть в согласии с реальным течением жизненных событий и самим собой.

**Вертикальные стрессоры** в деятельности семьи – это патологизирующее семейное наследование (вариант социального наследования).

**Визуализация** – построение зрительных образов и управление ими в субъективном пространстве.

**Внутренний ребенок** — часть нашей личности, в которой хранятся воспоминания и вся информация того времени, когда каждый из нас был маленьким мальчиком или девочкой. Именно там сохранились все детские радости и печали, волнения и тревоги, удивления, открытия и впечатления, наши спонтанные реакции и способность (или неспособность) проявлять себя. В схема-терапии выделяют несколько режимов «внутреннего ребенка», а также «внутреннего родителя» и «здорового взрослого». В реабилитации «здоровый взрослый» — это «трезвое Я» пациента.

**Вторичная выгода** — выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной деятельности.

**Генограмма** — методика описания истории семьи, представляющая собой структурированную диаграмму внутрисемейных взаимоотношений в нескольких поколениях.

**Горизонтальные стрессоры** (жизненный цикл семьи) — смена периодов кризисов развития и периодов стабилизации.

**Границы** (boundaries) — эмоциональные барьеры, которые защищают и поддерживают целостность индивидов, подсистем и семей. Границы также включают правила, определяющие паттерны интеракций.

**«Двойная связь»** — состоит в том, что «значимый другой» (например родитель) передает одновременно два сообщения, одно из которых отрицает другое.

**Дисфункциональная семья** — семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

**Жетонная система** — техника, предназначенная для условного подкрепления стереотипов позитивного поведения и опирающаяся на модель оперантного обусловливания.

**Жизненный цикл семьи** (family life cycle) — понятие, относящееся к развитию семьи во времени. Переходные периоды и кризисы считаются неизбежными в ходе развития семьи.

**Запутанный клубок** — понятие, характеризующее определенную структуру дисфункциональных внутрисемейных взаимо-

отношений, в которой не поддерживаются индивидуальные различия и границы между семейными подсистемами.

**Иатрогенные факторы** — факторы, обусловленные действиями врача.

**Идентифицированный пациент** — член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту.

**Когнитивные искажения** — систематические ошибки в суждениях, наиболее очевидные при психологическом дистрессе.

**Когнитивные события** — автоматические мысли, внутренние образы и диалоги с самим собой.

**Когниции** (от лат. *cognito* — познание) — мысли, вербальные или визуальные единицы, образующиеся в потоке сознания.

**Коморбидность** — появление нескольких психических расстройств у одного человека.

**Конверсия** — трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты.

**Контрперенос / контртрансфер** — бессознательные чувства и желания аналитика сделать пациента объектом удовлетворения своих собственных инфантильных желаний.

**Метафора** — перенос значения, иносказательный способ презентации чего-либо.

**Мультимодальная или многометодная диагностика** — умение интегрировать информацию, полученную разными методами, при этом диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с отдельными методами и умеет обобщать данные диагностики и использовать их для терапии

**Нарциссическое расстройство личности** — расстройство личности, характеризующееся убежденностью в собственной уникальности, особом положении, превосходстве над остальными людьми; завышенным мнением о своих талантах и достижениях; поглощенностью фантазиями о своих успехах; ожиданием безусловно хорошего отношения и беспрекословного подчинения от окружающих; поиском восхищения окружающих для под-

тверждения своей уникальности и значимости; неумением проявлять сочувствие; идеями о собственной свободе от любых правил, о том, что окружающие им завидуют. Нарциссические личности постоянно пытаются контролировать мнение окружающих о себе. Они склонны обесценивать практически всё окружающее их на свете, идеализируя при этом то, с чем ассоциируют самих себя.

**Нарциссическое расширение** – психоаналитический термин, обозначающий неосознанное желание родителя реализовать свои заблокированные потребности через ребенка.

**Негативное подкрепление** (*negative reinforcement*). Также называется обусловливанием избеганием; поведение субъекта приводит к прекращению предъявления неприятных или нежелательных раздражителей, и количество проявлений следовавшего перед этим действием поведения повышается.

**Объекты** – это почти всегда люди, части людей или символы того или другого. Объекты могут быть внутренними или внешними, хорошими или плохими. Внешний объект представляет собой действительно существующего... человека, место или вещь, носителей эмоциональной энергии. Внутренним объектом является идея, фантазия или воспоминание, относящиеся к человеку, месту или вещи.

**Объектные отношения.** Речь идет о «структурных и динамических взаимоотношениях между Я-репрезентациями и репрезентациями объекта...». «Репрезентации» представляют собой устойчивую организацию психических элементов с достаточной регулярностью воспроизводящийся комплекс или картину аффектов, фантазмов, восприятия событий на разных стадиях развития личности.

**Объекты** – это люди, с которыми человек вступает в отношения во внешнем мире, а также внутренние психические представления (внутренние объекты), которые создаются человеческим разумом на основе этих отношений.

**Параллельный процесс / параллелинг** – перенесение сходных процессов в супервизию, возникающих между терапевтом



и клиентом.

**Паттерн** — точного эквивалента в русском языке нет, возможные варианты перевода: изображение, структура, способ, модель.

**Первичная выгода** — выгода, состоящая в том, что истерические симптомы не допускают внутренний конфликт до сознания.

**Перенос / трансфер** — психоаналитический концепт-феномен, означающий свойство (личности) проецировать ранние детские отношения и желания на другое лицо (психоаналитика).

**Пограничное расстройство личности** (*эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип*) — расстройство личности, характеризующееся импульсивностью, низким самоконтролем, эмоциональной неустойчивостью, нестабильной связью с реальностью, высокой тревожностью и сильным уровнем десоциализации. Включено в DSM-5 и в МКБ-10 (в последнем считается подвидом эмоционально неустойчивого расстройства личности).

**Потеря объекта** — процесс действительной или угрожающей или воображаемой потери объекта.

**Принцип информированного согласия** — обсуждение психотерапевтом с пациентом всех условий терапии, включая сроки, противопоказания и оплату.

**Протагонист / ведущий актер** — участник, находящийся в центре психодраматического действия, исследующий в течение сессии определенные аспекты своей личности.

**Разметка границ** (*boundary marking*) — структурная техника, предназначенная для кларификации и проведения границ внутри семьи.

**Расстройство личности** — состояние, когда пациент постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо адаптированным, стереотипным способом.

**Ролевая динамика** — метатеоретическая психотерапевтическая система, основанная на многосторонней эклектической концепции роли и драматургической парадигме человеческого

опыта.

**Руководство по диагностике и статистике (DSM)** – диагностическая, классификационная система Американской Психиатрической Ассоциации, основанная на медицинской модели индивидуальной патологии.

**Самотрансценденция** – термин, обозначающий выход за пределы собственного Я к другому человеку или новому смыслу.

**«Сверхреальность»** в психодраме – это особый технический прием, когда на сцене проигрываются: ситуации, которые никогда не происходили, не произойдут

**Семейный «козел отпущения»** (family scapegoat) – один из членов семьи, которого другие обвиняют в семейных трудностях и эмоциональных потрясениях

**Символдрама** – использование символических образов («мотивов» различных уровней сложности) позволяет создать карту имагомира и разработать комплекс эффективных психотерапевтических стратегий.

**Системная травма** – непредсказуемые жизненные события, такие, как болезнь или смерть одного из членов семьи, внезапное завершение карьеры и др. иерархия, двойная связь.

**Соматоформные расстройства** – психосоматические расстройства, составной частью которых являются соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой уже описанной психической симптоматики (например, депрессии или панических расстройств).

**Структурные вмешательства** (structural interventions) – техники, предназначенные для изменения организации семьи (оспаривание семейных норм, рефрейминг и разметка границ).

**Супервизируемый – объект супервизии** – практикующий психотерапевт или специалист, проходящий стажировку по психотерапии и обратившийся за супервизией

**Супервизия** (от англ. supervidere – обозреть сверху) – один из методов теоретического и практического повышения

квалификации специалистов в области психотерапии, социальной работы и др., в форме их профессионального консультирования и анализа целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии.

**Теле** — двусторонний процесс передачи эмоций между пациентом и психотерапевтом.

**Тема** — подразумевается специфическая, несущая эмоциональную нагрузку проблема, вокруг которой формируется периодически повторяющийся конфликт.

**Трансцендентный** — выходящий за пределы Я, космическое видение проблем.

**Триггер** (англ. Trigger — курок) — механизм приведения в действие или запуска автоматических поведенческих или эмоциональных реакций в ответ на какое-либо (чаще внешнее) событие.

**Фрустрация** — психическое состояние, возникающее как следствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели или удовлетворению актуализированной потребности. Проявляется в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, чувства отчаяния, гнева и т. д.

**Функциональный диагноз** — это диагноз индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни; он раскрывает взаимодействие больного с социальным окружением и обществом

**Ценности** — это реально действующие регуляторы деятельности индивидов, которые оказывают влияние на поведение независимо от их отражения в сознании

**Шеринг** — последняя стадия психодрамы, заключительное обсуждение и интеграция ее результатов.

**Экзистенциальная изоляция** — изоляция от всего мира, пациент, сознавая свое одиночество в мире, одновременно испытывает потребность в контакте, принадлежности к целому и защите.

**Экзистенциальный анализ** — направление современного психоанализа, основанное на комбинации положений Э. Фрейда

и М. Хайдеггера и исследующее личность во всей полноте и уникальности ее существования.

**Я** — сознательные и бессознательные мысленные репрезентации, относящиеся к собственной персоне. Внутренний образ.

**Я-концепция** — относительно устойчивая, в большей или меньшей степени осознанная система представлений индивида о самом себе, на основании которой он строит свое взаимодействие с другими людьми и относится к себе. Ее составляющие: Я-реальное, Я-идеальное, Я-динамическое, Я-фантастическое и т. д.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА (ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ, ДУДКО Т. Н.)

**Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется:**

#### **1. Общие положения**

низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием, хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;

начальной (первой) стадией зависимости по МКБ-10;

отсутствием передозировок ПАВ и суицидальных тенденций;

наличием спонтанных ремиссий;

низкой интенсивностью симптомов алкогольного или наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2–3 дней); постабстинентные расстройства не выражены или слабо выражены;

достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;

появлением первых признаков социальной дезадаптации;

легкими морально-этическими нарушениями (частичным снижением нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появлением лживости, грубости, позерства, непостоянства, черствости, признаков эгоцентризма,

эпизодов воровства);

легкими интеллектуально-мнестическими нарушениями (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами);

легкими эмоциональными нарушениями (эмоциональная лабильность, напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.);

легкой деградацией личности, при которой отсутствуют стойкие изменения личности больных (интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер).

### **2. Для больных алкоголизмом:**

относительно поздним началом употребления алкогольных напитков (14–15 лет);

продолжительностью заболевания до 2–3 лет;

отсутствием в анамнезе алкогольных психозов;

высокой толерантностью к алкоголю;

преимущественно периодической формой злоупотребления алкоголем.

### **3. Для больных опиатной наркоманией:**

продолжительностью заболевания до 1 года;

преимущественно интраназальным, пероральным или ингаляционным способами употребления наркотиков, периодической формой влечения к наркотикам;

мононаркоманией.

Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретаемые в период злоупотребле-

ния алкоголем и другими ПАВ: гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулёз, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Критика к заболеванию сохранена, имеется обоснованное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста. Присутствует желание учиться, получить хорошее образование, иметь профессию, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т. д. Обычно такие больные, добровольно согласившиеся на лечение, активно участвуют в реабилитационных программах. Побуждения обращения за наркологической помощью у них определяется собственными реальными опасениями развития тяжелого заболевания, пониманием вреда, приносимого злоупотреблением ПАВ, осознанием трудности самостоятельного прекращения приема алкоголя или наркотиков, несмотря на желание сделать это.

**Средний уровень реабилитационного потенциала характеризуется:**

**1. Общие положения:**

средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями прямых родственников (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);

воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными или деструктивными отношениями между членами семьи;

задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;

средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;

короткими и среднecороткими терапевтическими ремиссиями;

редкими случаями спонтанных ремиссий, как правило, короткими и неустойчивыми;

абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7–10 дней, постабстинентные расстройства – до 1,5 – 2 месяцев);

конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;

трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;

однообразным или низким кругом социальных интересов; утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;

частичной социальной дезадаптацией и социофобией;

средней выраженности морально-этическими нарушениями (лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушение коммуникабельности, ценностной ориентации, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение родительского инстинкта, асоциальность и пр.);

средней выраженности интеллектуально-мнестическими нарушениями (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня, абстрагирование, планирование, гибкость познания, пронциательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические);

средней выраженности аффективными нарушениями (несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии);

средней деградацией личности – интеллектуально-мнестические и морально-этические изменения средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответствен-



ность, цинизм, неуступчивость, агрессивность), вместе с тем, большие стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают злоупотребление наркотиками или алкоголем.

## **2. Для больных алкоголизмом:**

относительно ранним началом употребления алкогольных напитков (12–13 лет)

продолжительностью заболевания не менее 3–5 лет;

стабильной или несколько снижающейся толерантностью к алкоголю;

наличием палимпсестов алкогольного опьянения;

запойным типом пьянства;

преимущественным преобладанием постоянного среднеинтенсивного влечения к алкоголю;

## **3. Для больных наркоманией:**

относительно ранним началом употребления наркотиков (15–16 лет);

продолжительностью заболевания от 1 года до 3 лет;

преимущественно внутривенным введением наркотиков, параллельным злоупотребление другими ПАВ;

преобладанием постоянной формы влечения к наркотикам, особенно в периоды рецидивов заболевания;

единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальными мыслями, иногда демонстративные суицидальные действия в период наркотического абстинентного синдрома.

У больных наркоманией со средним УРП часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, а иногда и болезненная зависимость. Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период наркотизации: примерно у двух третей из них выявляются гепатиты, у каждого четвертого больного — заболевания, передающиеся половым путем, иногда ВИЧ-инфекция и туберкулез. Из приобретенных психопатологических нарушений у трети больных отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром. Мотивация на участие в ЛРП носит преимущественно добровольно-принудительный

характер с преобладанием прагматических мотивов, которые характеризуются желанием избавиться от болезненных проявлений наркотического/алкогольного абстинентного синдрома, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания и пр.

У большинства больных наркоманией и у 50% больных алкоголизмом формируется социофобический синдром включающий: а) страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю; б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда может вскрыться сам факт злоупотребления ими наркотиками/алкоголем или негативные стороны наркотизации/алкоголизации.

**Низкий уровень реабилитационного потенциала характеризуется:**

**1. Общие положения:**

высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра); воспитанием в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье; злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей, гиперопекой родителей (или разведенной матерью);

задержкой или патологией физического и, особенно, психического развития; инфантилизмом, невротическим развитием, психопатией, девиантным (порой делинквентным) поведением в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);

посредственной успеваемостью в школе (особенно в средних и старших классах);

крайне ограниченным и неустойчивым кругом интересов;

конечной (третья) стадией зависимости по МКБ-10;

отсутствием спонтанных ремиссий;

отсутствием собственной супружеской семьи;

крайне конфликтными или конфликтными семейными отно-

шениями с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;

чаще средним образованием, редко – незаконченным среднетехническим или высшим;

снижением социально положительных установок на труд и учебу (как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью утрачены);

в основном низким кругом социальных интересов;

почти тотальной социальной дезадаптацией и социофобией;

тяжелыми морально-этическими нарушениями (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, снижение материнского/отцовского инстинкта);

тяжелыми интеллектуально-мнестическими нарушениями (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические);

тяжелыми аффективными нарушениями (недержание аффектов, эмоциональное отупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.);

тяжелой деградацией личности – выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих; торпидность мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти;

круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках или пьянстве.

**Клинические признаки**

ранним злоупотреблением ПАВ – с 12–14 лет;

обычно незаконченным средним образованием до начала употребления наркотиков;

продолжительностью заболевания наркоманией более 3 лет;

преимущественно внутривенным способом введения наркотика, в основном отмечается параллельное злоупотребление другими ПАВ (каннабиноиды, психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.);

постоянным влечением к наркотикам;

тяжело протекающим наркотическим абстинентным синдромом (опиатный, героиновый), сопровождающимся грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (продолжительность 9–12 дней);

продолжительными постабстинентными расстройствами – до 2–3 месяцев;

передозировками наркотиков (очень часто), суицидальными мыслями и действиями (более чем у половины больных) в период наркотического абстинентного синдрома или в период ремиссий;

высоким удельным весом больных (59%), больных, либо привлекавшихся к уголовной ответственности, либо имеющих судимость четко связанную с наркотиками;

наличием в анамнезе психозов.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2. СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР  
С ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ  
НА ПОСТАНОВКУ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Дата и время «...»...20 г. ...ч. ... мин.

Больной ...г.р.

находится в отделении психопрофилактики с «» 20 г.

## **Поступил с жалобами**

### **Аффективная сфера**

Сниженное настроение, нарушение сна

Хроническое чувство беспомощности/беснадежности/вины.

Раздражительность, гнев и/или частые внешние проявления вербальной или невербальной агрессии.

Хроническая тревога.

Хроническое чувство одиночества/скуки/пустоты.

Апатия

### **Когнитивная сфера**

Необычное мышление/восприятие.

Небредовые/бредовые/паранойяльные переживания.

### **Сфера импульсивных паттернов действий**

Патологическое влечение к алкоголю/ наркотику (...).

Сексуальные девиации.

Членовредительство.

Суицидальные попытки манипулятивного характера.

Другие паттерны импульсивного поведения

### **Сфера межличностных отношений**

Непереносимость одиночества.

Обвинение других в своих проблемах

Страх оставления/поглощения/уничтожения.

Протест против зависимости и/или серьезный конфликт, вызванный помощью или заботой.

Конфликтные или конфликтно-симбиотические отношения с микросоциальным окружением

Зависимость/мазохизм.

Пренебрежение/манипулятивность/садизм.

Слабость, недомогание, озноб, умеренные боли в мышцах, суставах, тошноту, неустойчивый стул, Другие

### **Из анамнеза известно**

Предыдущее обращение к специалистам помогающих профессий, устойчивость ремиссии

Соматический анамнез и соматические заболевания

Семейный, психосоциальный анамнез, семейный диагноз

Работа, образование и доход

Социально-психологическая адаптация нарушена (сохранена)

**Психический статус на момент осмотра.** Сознание ясное/выключено. **Ориентирован** верно/ нарушена ориентировка в месте, времени, собственной личности. **Контакт** продуктивный/ формальный/ невозможен. **В поведении** упорядочен/ сонлив/ возбужден/ суетлив/ двигательно расторможен. **Бредовых идей** не высказывает/ высказывает...

**Обманы восприятия** отрицает/подтверждает...

**Мышление** не нарушено/ не последовательное/ резонерское/ инкогерентное/ аморфное/ обстоятельное/...

**Суждения** по существу/ аморфные/ соскальзывающие/ излишне конкретные/ вязкие/ обстоятельные/ резонерские/ примитивные/ поверхностные/ инфантильные...

**Настроение** ровное/ лабильное/ дистимичное/ снижено/ с раздражительностью/ дисфоричное/ резко снижено/ подавлен/

тревожен/ напряжен/ агрессивен/ приподнятое/ повышено/ резко повышено/ определяется выраженной ангедонией на фоне лишения наркотика...

**Агрессивные и аутоагрессивные тенденции** нет/ выявляет...

**Суицидальные мысли** есть/ нет

**Память** без нарушений/ умеренно снижена на текущие и недавние события/ парамнезии/ конфабуляции...

**Интеллект** сохранен/ представляется сниженным.

**Критика к заболеванию** адекватная/ частичная/ формальная/ отсутствует. Установка на лечение есть/формальная

**Сон** медикаментозный/ самостоятельный/ достаточный/ поверхностный/ короткий/ отмечает трудности при засыпании... **Патологическое влечение к ПАВ** отрицает/ отмечает как умеренное/ сильное/ непреодолимое...

**Установки** на трезвость высказывает/ не высказывает. Отчуждение аддиктивной патологии

**Внимание** адекватное/ неустойчивое/ не фиксирует/ замед-

ленность переключения/

**Аппетит в норме/ снижен/ повышен.**

**Соматический статус:** общее состояние удовлетворительное/ средней степени тяжести/ тяжелое.

Язык розовый, влажный/ сухой/ покрытый налетом...

Костно-мышечная система без особенностей/... Периферические лимфоузлы не увеличены/

увеличены в области... Пульс ритмичный/ неритмичный, удовлетворительных качеств. Тоны сердца звучные/ приглушены, ясные. Шумы нет/ есть... В легких дыхание везикулярное/ жесткое, хрипы нет/ сухие/ влажные в... отделах справа/ слева. Живот мягкий / безболезненный/ болезненный в...

Печень не пальпируется/ выступает из-под края реберной дуги на ...см. Селезенка не пальпируется/ пальпируется.

Стул, диурез в норме.

**Неврологичкий статус:** Лицо симметричное/ асимметрия. Глазные щели одинакового размера, D S. Фотореакция живая / снижена, D S. Язык по средней линии/ девиация D S. Сухожильные рефлексы живые/ снижены, D= S.

В позе Ромберга устойчив/ шаткость. Пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно/ интенция. Тремор пальцев рук/ тела. Гипергидроз дистальный/ общий. Менингеальные симптомы нет/ есть. Другие расстройства...

Медикаментозное сопровождение

**Обоснование диагноза**

На основании данных анамнеза, жалоб при поступлении, объективных данных, правомочно поставить

**Диагноз**

**Основной**

**Сопутствующий**

**Коррекция терапии**

Зав. отделением

Лечащий врач

Руководитель отделения

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ПРИМЕР МЕТОДИЧЕСКОЙ ТЕТРАДИ НА ОТДЕЛЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ**

Дорогой друг, сейчас ты совершаешь правильный выбор, ведь это твой первый и самый важный шаг на пути к своему выздоровлению. Ты находишься в клинике, где опытные врачи и психологи помогают тебе оставаться трезвым.

«Все наркоманы рано или поздно навсегда перестают употреблять наркотики, лишь 1 из 1000 это удастся при жизни». Тебе, наверное, приходилось слышать об этом. Каково твое отношение к этому высказыванию?

Страх? Протест? Равнодушие? Ответ искренне самому себе. Возможно, сейчас тебе будет непросто это сделать. Тебе кажется, что самое трудное уже позади, и ты уже распрощался с наркотиками навсегда? А может быть наоборот, ты еще не расстался с иллюзиями и считаешь, что наркотики можно употреблять «умеренно», «иногда», и это совсем не мешает прожить долгую и счастливую жизнь? Или ты растерян, понимая, что события идут не тем путем, появляются все новые проблемы, теряешь контроль над своей жизнью? Не знаешь, что же делать со всем этим дальше? В любом случае этот небольшой «путеводитель» будет тебе полезен. За то время, которое тебе предстоит провести здесь в клинике, избавляясь от физической зависимости, ты сможешь разобраться, что же происходит с тобой НА САМОМ ДЕЛЕ и что может ожидать тебя в будущем. Будь максимально искренним, прежде всего, с самим собой при выполнении заданий, ведь ты ничего не потеряешь, а, наоборот, приобретешь новый опыт и знания. И это наверняка поможет тебе разобраться с теми трудностями, которые привели тебя к нам.

***Мы в свою очередь будем максимально открыты, чтобы помочь тебе разобраться в ТВОЕЙ ситуации, разрешить ТВОИ проблемы.***

Сейчас ты находишься в отделении Начального этапа реабилитации. Здесь ты пройдёшь программу, которая в дальнейшем поможет тебе более полно представить то, что с тобой произо-



шло и происходит сейчас. На занятиях с психологами ты узнаешь:

что на самом деле представляет собой твоя зависимость;  
как она формировалась;

что происходит с твоей личностью;

как ПАВ влияют на состояние организма;

и какие этапы лечения необходимо пройти для того, чтобы оставаться трезвым

**Это начало твоего выздоровления.**

**В добрый путь!**

Вот правила, соблюдение которых, необходимо, чтобы сделать нашу совместную работу максимально эффективной:

Уважай анонимность других. Не обсуждай проблемы и поведение других участников вне стен клиники. Тем самым, ты можешь рассчитывать на собственную анонимность.

Не критикуй ошибки и недостатки других. Помни о том, что критика других – это один из способов защититься от понимания и признания собственных проблем.

Осознавай свое поведение.

Будь открытым. Делись. Говори о чем-либо так, как это есть на самом деле. Рискни поделиться своими чувствами: приятными и неприятными. Помни о том, что любые трудности, с которыми ты можешь столкнуться можно разрешить, если вовремя поделиться ими и попросить помощи у специалистов.

Будь честным с собой и другими. За время, проведенное здесь, позволь себе побыть самим собой.

Спрашивай. Не стесняйся показать свое незнание или непонимание, это естественно, ведь ты вступаешь на новый неизведанный путь. Специалисты – врачи и психологи – работают здесь, чтобы направлять и поддерживать тебя на этом пути.

Бери на себя ответственность за свои чувства и свое поведение. Мы понимаем, что очень трудно в одночасье измениться и заставить себя подчиняться правилам и соблюдать распорядок дня. Для этого здесь и существует система внешнего контроля.

Наше основное правило — «за проступок необходимо отвечать». Это поможет тебе вырабатывать навыки самоконтроля, которые пригодятся тебе в будущем.

В отделении мы создаем максимально безопасную обстановку, пространство, свободное от любых психоактивных веществ (ПАВ)

А теперь ознакомься с правилами, которые помогают нам в этом:

Полностью отказаться от употребления запрещенных наркотических веществ (марихуана, гашиш, психостимуляторы, опиаты), а также любых веществ (в т.ч. легальных), изменяющих сознание (алкоголь, лекарственные средства без назначения врача, крепкий кофе, крепко заваренный чай, тонизирующие напитки, содержащие кофеин и таурин).

Курение табака разрешено только в специально отведенных для этого местах (туалеты).

Запрещено иметь карманные деньги, ценные вещи, играть в азартные игры.

Звонки осуществляются только в присутствии сотрудника Центра в часы, предусмотренные расписанием.

Запрещены сексуальные отношения между участниками реабилитационной программы на весь период нахождения в Центре.

Запрещена агрессия в любой форме: физической, словесной (угрозы, нецензурные выражения), а также угрожающие жесты, оскорбительные разговоры повышенным тоном и пр.

Обязательно посещение групп, тренингов, собраний, семинаров, предусмотренных расписанием, пунктуальность в соблюдении распорядка дня, начала и окончания мероприятий. Любое нарушение режима дня: преждевременный уход, опоздание пропуск занятия возможен только с разрешения психолога. Проведение теста на употребление психоактивных веществ осуществляется по первому требованию сотрудника центра.

Вне терапевтических занятий запрещено обсуждать психоактивные вещества.

Обязательно участвовать в самообслуживании и поддержании чистоты помещений.

Взаимоотношения персонала и участников программы строятся в рамках терапевтического сообщества.

В случае невыполнения указанных правил поведения участник программы может быть переведен на острое отделение.

Для того чтобы работа была насыщенной, эффективной и достигла результата, существует расписание, выполнение которого обязательно для всех.

### **Распорядок дня**

**8:00** Подъём

**08:30** Бодрая зарядка

**09:00** Завтрак

**09:45 – 10:15** Собрание пациентов

**10:30 – 12:00** Процедуры. Индивидуальная работа.

**12:00 – 13:00** Групповая работа №1.

**13:00 – 13:30** Группа выполнения Д/З.

**13:30 – 14:00** Лечебная физкультура

**14:00 – 15:00** Обед. Посещение родственников.

**15:15 – 16:00** Индивидуальная

работа. Звонки

**16:00 – 17:00** Группа Д/З.

**17:00 – 18:00** Процедуры

**18:00 – 19:00** Групповая работа №2.

**19:00 – 20:00** Ужин.

**20:00 – 21:00** Звонки. Процедуры.

**21:00 – 21:30** Подведение итогов дня.

**21:30 – 22:30** Свободное время.

**22:30 – 23:00** Подготовка ко сну.

**23:00** Отбой.

## ЧАСТЬ 1. ФИЗИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Сегодня ты познакомишься с механизмами воздействия различных ПАВ на организм человека. Поймешь, почему неизбежно при употреблении наркотиков рано или поздно удовольствие пропадает, и ты начнешь употреблять их уже просто для того чтобы чувствовать себя нормально. Ты узнаешь о физиологических закономерностях и исходах употребления ПАВ, увидишь те ловушки и опасности, которые подстерегают любого на этом пути.

Внимательно прослушай лекцию.

### БИОХИМИЯ ЗАВИСИМОСТИ

В организме всех здоровых людей постоянно находится небольшое количество необходимых человеку особых веществ, называемых эндорфинами.

Основные функции эндорфинов:

обезболивающая функция в организме;

наступление естественного сна;

поддержание настроения.

Все опиаты (морфий, героин, метадон, кодеин, фентанил) имеют химическую молекулу, похожую на эндорфины. Организм человека воспринимает их как собственные эндорфины, замещая их в организме, и их естественная выработка постепенно прекращается.

**Поэтому со временем эффект от употребления наркотика закономерно становится все меньше и меньше.** Но наркоман уже жаждет повторения эйфоризирующего эффекта, увеличивая дозу и, соответственно, нарастает дефицит эндорфинов в своем организме. Постепенно этот уровень снижается до нуля, собственные эндорфины перестают вырабатываться, они полностью заменяются эндорфиноподобным наркотиком. В результате организм начинает зависеть от поступления следующей дозы — наступает **стадия физической зависимости**. Теперь уже об эйфо-

рии не может быть и речи — дозы хватает только на то, чтобы чувствовать себя **нормально** (вспомним основные функции эндорфинов) — не испытывать боль во всем теле, спать, не чувствовать депрессии. Если доза вовремя не поступает — возникает «эндорфиновый голод» — «ломка». При этом ощущения крайне неприятные, но сама работа организма при этом существенно не нарушается, поэтому умереть от «ломки» НЕВОЗМОЖНО. Итак, если очередная доза не поступит, то организм в экстренном порядке начнет вырабатывать собственные эндорфины.

**СРОКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ** нормального уровня ЭНДОРФИНОВ:

за 3–10 дней трезвости восстанавливается минимальный уровень, чтобы не испытывать боль («ломку»).

с 14 дня трезвости имеющийся уровень эндорфинов достаточный, чтобы наступал естественный сон (еще в течение 3–4 недель сон может быть коротким по 3–5 часов, поверхностным, возможны трудности при засыпании)

А что же происходит с настроением? Экстренно начав восстанавливать уровень эндорфинов, организм не может сразу остановиться и, как правило, количество эндорфинов примерно к концу 2–3 недели достигает более высокого уровня, чем в норме — возникает ложное ощущение полного благополучия: «Я уже полностью здоров, нет никаких проблем» и пр. После этого, естественно, выработка эндорфинов временно прекращается и происходит снижение их количества. Организм не может сразу остановиться, и количество эндорфинов падает ниже нормального уровня. Наступает депрессия, тревога, раздражительность, плаксивость, или, наоборот, безразличие ко всему (апатия). Может опять вернуться ощущение подобное «ломке», так называемые «сухие ломки». Затем опять организм начинает вырабатывать эндорфины, и весь механизм, постепенно затухая, повторяется снова, пока уровень эндорфинов не станет постоянным, как у здоровых людей. Поэтому такие «ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕЛИ» длятся около 6 месяцев. **В связи с этим только период**

***абсолютной трезвости более 6 месяцев называется ремиссией.***

А если наркоман, «переломавшись» или пройдя «детокс», возвращается к употреблению? Обычная ситуация, не правда ли? Даже если это происходит через шесть месяцев (чаще гораздо раньше), когда естественный уровень эндорфинов уже восстановился, эффект «первого употребления» длится не долго, так как способность нервных клеток ощущать действие наркотика ухудшается. Представь такую картину: если часто бить (воздействовать, раздражать) в одно и то же место, то, в конце концов, оно потеряет чувствительность — огрубеет. Так и оболочка клетки мозга становится сморщенной, «мозолистой», малочувствительной. Теперь доза нарастает гораздо быстрее, состояние физической зависимости наступает уже практически после первого же употребления, именно поэтому говорят: «Одна доза — слишком много, тысячи — недостаточно».

Как видишь, этот замкнутый круг обусловлен физиологически. Природу действительно еще никому не удавалось обмануть. Наркозависимый попадает в биохимическую ловушку, но может ли он находиться там долго? Знаешь ли ты, что по статистике средний срок жизни наркомана составляет **4.5 года** от начала первого употребления? Сейчас разберемся почему.

Все эндорфиноподобные вещества (опиаты) имеют один коварный побочный эффект, не свойственный настоящим эндорфинам. Когда их количество в организме превышает определенный уровень, они блокируют работу дыхательного центра в головном мозге. И человек физически не может сделать вдох — наступает смерть. Это явление называется «передозировкой». Количество наркотика вызывающего опьянение и «передозировку» может отличаться буквально на одну молекулу. Поэтому, каждый раз вводя себе «дозу» наркозависимый находится на волосок от смерти. Любое употребление может стать последним. Даже привычная «своя» доза может привести к **смерти от «передозировки»**. Это происходит по ряду причин:

После периода воздержания, когда имеется уже какой-то уровень собственных эндорфинов.

При смешении опиатов с другими наркотиками или с алкоголем.

При ослаблении организма холодом, голодом, гепатитами, сниженным иммунитетом и т. д. (что неизбежно при длительном употреблении).

При «разбавлении» наркотика (мелом, стиральным порошком и т.д.), когда возрастает доля токсических веществ.

Смерть от «передозировки», хотя и самая частая, но далеко не единственная причина смерти среди наркоманов.

Другие причины смерти наркозависимых.

**1. Смерть от токсического отравления.** Ни для кого не секрет, что любая доза, содержит максимально до 10–15% самого наркотика, все остальное составляют примеси (растолченные таблетки, обычно просроченные, мел, штукатурка, стиральный порошок и пр.). Подчас бывает, что примесей настолько много и они настолько ядовитые, что печень не может справиться с их нейтрализацией, перестает работать и наступает острая печеночная недостаточность, человек впадает в кому и умирает. А если печень ещё и заражена вирусами гепатита С и/или В, то сможет ли она полноценно выполнять свои обычные функции, не говоря уже о таких запредельных нагрузках?!

**2. Смерть от инфекционных осложнений.**

2.1. С любой внутривенной инъекцией в организм через сосуды попадает некоторое количество микробов. А если уколы делать ежедневно и не один раз? И не в самых стерильных условиях? И в течение долгого времени? Чаще всего по сосудам микробы попадают в сердце, вызывая в нем воспаление. Сначала это никак не проявляется, но потом появляется одышка, слабость, какие-то боли в груди. В употреблении наркозависимый обычно не обращает внимание на «такие мелочи». Потом вдруг при физической нагрузке или во время «ломки», или «детокса» сердце не выдерживает, и перестает биться. Согласно той же статистике, от сердечной недостаточности умирают старики и... наркоманы.

2.2. При инъекции стенка сосуда повреждается, присоединя-

ются попавшие извне микробы, начинается воспаление, и в воспаленном сосуде начинают образовываться сгустки крови — тромбы, которые, отрываясь, могут привести к закупорке сосудов сердца и легких, что неизбежно вызывает внезапную смерть.

2.3. ВИЧ — инфекция, гепатиты.

2.4. Тотальное заражение крови — сепсис, что на фоне сниженного иммунитета приводит к смерти.

### **3. Другие причины смерти.**

3.1 Суициды.

3.2. Смерть в криминальных разборках, от рук другого наркомана из-за «дозы» или денег.

3.3. Выходя на улицу или садясь за руль автомобиля, наркозависимый на фоне опьянения или начинающейся «ломки» становится участником ДТП или несчастного случая.

Таким образом, каждый день жизни наркомана — случайный подарок судьбы и еще один шанс выбраться из ловушки. И раз ты здесь и еще жив — это значит, что шанс еще есть и у тебя. И если тыпустишь его, другого может уже и не представиться.

Обратная связь:

***Что тебе показалось наиболее важным? Что нового ты открыл для себя?***

***Нарисуй свою схему колебания эндорфинов***

**Домашнее задание**

**«Моё здоровье»**

**Вопросы**

1) Какие проблемы со здоровьем у тебя есть в настоящее время? Опиши подробно по всем органам и системам (сердце, легкие, желудочно-кишечный тракт, печень, поджелудочная железа, зубы, кожа, мочеполовая система и т.д.).

2) Какие хронические заболевания у тебя имеются в настоящий момент? (гепатиты, ВИЧ и т.д.).

3) Что из вышперечисленных проблем со здоровьем и хронических заболеваний появилось у тебя в результате употребле-



ния ПАВ?

4) Если хронические заболевания возникли у тебя до начала употребления, опиши, как употребление ПАВ сказывается на течении этих заболеваний?

5) Подсчитай количество своих детоксикаций (ломка «на сухую», БОД, «классика»). Считаешь ли ты, что с каждой детоксикацией запасы здоровья истощаются?

6) Подсчитай количество «передозировок». Как близко ты был к смерти?

7) Как ремиссии (период неупотребления ПАВ) влияли на состояние твоего здоровья?

8) Как менялись показатели здоровья, если ты вновь начал употреблять ПАВ?

9) Как употребление ПАВ отражается на твоём здоровье? На сколько процентов ухудшилось твоё здоровье за период употребления (оцени по шкале от 0–100%):

10) Насколько хуже ты переносишь «детокс» в настоящее время по сравнению с первым «детоксом» (оцени по шкале от 0–100%);

11) Как ты думаешь, что произойдет с твоим здоровьем в случае срыва?

12) Как ты думаешь, что будет с состоянием твоего здоровья в случае выхода в ремиссию?

Обсуди с психологом свои мысли и чувства, которые появились у тебя при выполнении этого задания.

## **ЧАСТЬ 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ**

Сегодня ты познакомишься с проявлениями психологической зависимости. Узнаешь, по каким признакам распознать в себе её проявления.

***Прслушай лекцию психолога. Отметь важные для себя моменты. Запиши свои мысли и чувства, которые появились во время лекции. Обсуди их с психологом.***

**Психологическая зависимость (ПЗ)** — продолжение упо-

требления ПАВ, несмотря на явные пагубные последствия (здоровье, психика, отношения, работа и пр.). Основой ПЗ является стереотипное, привычное желание улучшить свое самочувствие и настроение путем употребления ПАВ, человеку становится некомфортно быть трезвым. Желание затуманить сознание искусственным удовольствием, быть нетрезвым – становится потребностью (такой же насущной необходимостью как есть, пить, дышать). Вот почему ПЗ одинаково проявляется при употреблении любых ПАВ. Поэтому человек, имеющий ПЗ, легко переходит с одного наркотика на другой или на алкоголь (например, героиновый наркоман, «подшившись», начинает пить и пр.).

***Можешь ли ты привести такой пример из своего опыта или опыта своих знакомых?***

Согласись, для того, чтобы продолжать употреблять ПАВ, постоянно сталкиваясь с негативными последствиями, нужно не признавать наличие у себя зависимости. Зависимости «выгодно», чтобы ты не видел ее и ничего не знал о ней. Таким образом, она защищается и продолжает жить.

**Защиты зависимости. Утверждения:** «У меня нет зависимости, я не наркоман, я колюсь недавно», «Я могу остановиться в любой момент», «Моя сила воли сильнее героина», «Я сорвался, потому что родители меня достали, девушка бросила, уволили с работы и пр.», «У меня нет другого выхода», «Наркотик помогает мне жить» и пр. Все это способствует продолжению употребления ПАВ.

***Вспомни и напиши, какими защитами пользовалась или продолжает пользоваться твоя зависимость.***

***Как ты относишься к этому?***

**Проявления зависимости:**

Тяга:

прямая – человек осознает желание употребить;

скрытая – человек не осознает своего желания употребить, но действует неким образом, способствующим возобновлению употребления (появление нежелания продолжать лечение,

агрессия, апатия, лень, манипулирование близкими, желание встретиться с употребляющими знакомыми), т.е. испытывает себя на прочность, провоцируя зависимость.

***Вспомни, какие проявления скрытой тяги ты наблюдал когда-либо или наблюдаешь сейчас у себя***

Составляющие психологической зависимости:

Навязчивые мысли (неотступные, неконтролируемые, появляющиеся как бы сами собой), воспоминания, сны об употреблении.

Избирательная или эйфорическая память. Вспоминаются только хорошие переживания, связанные с употреблением. Все негативные последствия, физический дискомфорт быстрее забываются и вспоминаются с трудом и не так ярко.

Лень – нежелание возвращаться к трезвой жизни. Ощущение скуки, тоски, апатии.

Ложь, даже там, где можно сказать правду (как бы по привычке).

Манипуляции.

Чувство жалости к себе.

«Эмоциональные качели» – резкие перепады настроения от хорошего: эйфория, радость (на фоне чего появляются мысли «все замечательно, нет проблем», «надо, чтобы стало еще лучше») до депрессии и апатии.

Психологическая зависимость деформирует личность: появляются черты зависимого поведения (склонность ко лжи, манипуляциям, жалость к себе, «употребление – самое главное в жизни»).

### **Домашнее задание**

#### **«Причины обращения за помощью»**

Напиши не менее десяти причин начать лечение. Какие обстоятельства жизни подтолкнули тебя к тому, чтобы ты обратился за помощью.

Опиши подробно, кто оказал влияние на твоё решение лечиться. Это может быть как позитивный пример (родители,

не зависящие от ПАВ друзья), так и негативный (случаи смерти или тяжелой болезни людей, употреблявших ПАВ, чей негативный опыт заставил тебя задуматься).

## **ВЛИЯНИЕ ЗАВИСИМОСТИ НА ЛИЧНОСТЬ**

Цель занятия: осознать изменения личности в результате употребления ПАВ

***Есть ли разница, каким ты был до начала употребления ПАВ, и каков сейчас? Постарайся ответить искренне.***

А что изменилось? Давай рассмотрим по всем основным четырем сферам жизни.

1. Биологическая (проблемы со здоровьем),
2. Социальная (семья, работа, статус, круг общения)
3. Психологическая (чувства, эмоции)
4. Духовная сферы (интересы, ценности, цели в жизни, образование)

Зависимость неизбежно затрагивает биологическую, социальную, психологическую и духовную сферы жизни. И соответственно разрушительные последствия зависимости проявляются во всех этих четырех сферах.

Сферы жизни	Каким(ой) я был(а) до употребления	Каким (ая) я стал(а) в результате употребления
1. Биологическая		
2. Социальная		
3. Психологическая		
4. Духовная		

Заполни таблицу

**Как термит, который выедает дерево изнутри, так и зависимость внутри тебя постепенно разрушает всю твою жизнь.**

Зависимость — внутренний враг, сильный и опытный (вспомните, сколько лет он уже живет внутри вас и как успешно действует!), и согласись: чтобы научиться с ним справляться, сначала необходимо суметь распознать его проявления в себе, изучить его повадки.

Таким образом, порой незаметно для тебя самого, зависимость изменяет твою личность. При этом происходит разрушение всех сфер жизни. То есть, меняется ВСЯ ЖИЗНЬ.

Важно понимать, что все эти изменения:

**наступают в связи с психологической зависимостью;**

**захватывают все сферы жизни;**

**являются закономерными, общими для всех зависимых;**

**стойкие, не исчезающие сами по себе.**

И это — сама основа и суть болезни под названием «наркомания». Соответственно, именно она и должна являться главной мишенью полноценного лечения, которое возможно только в условиях реабилитации.

## **ЧАСТЬ 2.1. ПИРАМИДА ПОТРЕБНОСТЕЙ**

Мотивы — это те побуждения, которые заставляют личность заниматься деятельностью и осуществлять поведение. Источником мотивов и целей являются потребности. Возникшие на основе потребностей мотивы побуждают личность к деятельности и поведению, а цели управляют их осуществлением. Потребности функционируют циклично. Они возникают, нарастают, удовлетворяются и исчезают.

Абрахам Маслоу разработал иерархию потребностей. Он объединил, структурировал потребности, (рисуем, проговариваем пирамиду): смысл пирамиды — потребности удовлетворяются ступенчато. Пока не удовлетворена потребность более низшего уровня, переход на следующий уровень невозможен.

Удовлетворение или неудовлетворение потребностей вызы-

вает различные чувства. За каждым чувством стоит потребность. Например, чувство одиночества возникает тогда, когда не удовлетворена потребность в общении.

За злостью может стоять много разных потребностей. Например, желание защитить себя, потребность во власти, уважении и пр.

Начав употреблять ПАВ, вы нашли способ «гасить» возникшие потребности, вместо того, чтобы стремиться к их удовлетворению.

Например, испытывая потребность в безопасности, человек ощущает страх, тревогу. ПАВ помогает забыть о тех проблемах, опасностях, которые на вас навалились — снизить тревогу и страх. Но сам ПАВ не может никак удовлетворить потребность, — он только может изменить восприятие, повисить временно настроение (за счёт подъёма эндорфинов). Потребность в безопасности реализуется через создания для самого себя более безопасных условий существования. Тоже и с другими потребностями: потребность в уважении или любви реализуется только через общение и взаимодействие с другими. Потребность в самореализации — только через реализацию смыслов своей жизни, высших человеческих ценностей (в справедливости, добре).

ПАВ меняет твоё восприятие, и ты забываешь о своей неудовлетворённой потребности.

Но она никуда не девается и подпитывает своей энергией психологическую зависимость — это и есть механизм формирования и функционирования зависимой части. Наркотик иллюзорно отодвигает неудовлетворённые потребности на задний план. Создаёт «фасад» благополучия. «У меня всё хорошо», «У меня нет проблем» — как часто ты слышишь это от выздоравливающих наркоманов и тех, кто находится в состоянии употребления?

Но как только выходишь из употребления, на тебя набрасываются не только физиологические симптомы «отмены», но и все те потребности, которые заглушались наркотиком, —

вам становится страшно, одиноко, скучно, то есть обостряются потребности в безопасности, в привязанности, в самореализации, которые когда-то были «задвинуты» на задний план с помощью употребления ПАВ. Вместо того, чтобы начать удовлетворять свои потребности нормальным способом, вы снова употребляете ПАВ для того чтобы: 1. Создать иллюзию принадлежности (к кому? к среде наркозависимых) 2. Иллюзию безопасности – пока я в употреблении, у меня нет проблем, несмотря на то, что наркотик сам по себе – это то, что меня убивает. 3. Иллюзию наличия смысла – «наркотик помогает мне забыть о бессмысленности существования, наполнить внутреннюю пустоту» – хотя, наркотик, как таковой, подменяет собой все человеческие ценности – добро, красоту, справедливость.

#### **Домашнее задание**

Посмотри ещё раз на пирамиду Маслоу. Подумай, какие потребности кроме чисто физиологической потребности в удовольствии, «кайфе», вам помогал удовлетворять ПАВ. Какие «вторичные психологические выгоды употребления» ты получал

**Заполни таблицу.** Напиши о том, как удовлетворялись те или иные потребности в период употребления и что в этом тебе хотелось бы изменить.



<p><b>физиологические потребности</b></p> <p>Каким образом Ты удовлетворяешь свои физиологические потребности? Достаточно ли питание? Есть ли режим питания? Как обстоит дело со сном? Как часто ты испытываешь дискомфорт в теле, боли?</p>	<p><b>физиологические потребности</b></p> <p>Что хотел бы изменить?</p>
<p><b>потребность в безопасности</b></p> <p>Насколько для Вас характерно ощущение спокойствия, защищённости? Насколько "среда", в которой Вы обитаете, комфортна, безопасна для Вас? Как часто ты испытываешь чувство страха, тревоги?</p>	<p><b>потребность в безопасности</b></p> <p>Хотелось бы что-то изменить?</p>
<p><b>потребность в принадлежности</b></p> <p>Удовлетворён ли ты отношениями с окружающими? Если не удовлетворён отношениями, то укажи с кем конкретно? Как часто ты</p>	<p><b>потребность в принадлежности</b></p> <p>Хотелось бы тебе что-то изменить в отношениях с окружающими? Познакомиться с новыми людьми, гармонизировать уже имеющиеся</p>

<p>испытываешь чувство одиночества, "заброшенности"? Каким образом употребление ПАВ влияет на отношения с близкими, коллегами?</p>	<p>отношения?</p>
<p><b>Потребность в уважении</b></p> <p>Чувствуешь ли ты себя значимым, успешным, уважаемым своими близкими, коллегами?</p> <p>Как часто тебе приходится испытывать обиду, или чувство собственной никчёмности, низкой успешности?</p>	<p><b>Потребность в уважении.</b></p> <p>Что бы хотелось изменить? Чего бы ты ещё хотел достичь, чьего уважения добиться?</p>
<p><b>Потребность в познании</b></p> <p>Есть ли у тебя хобби, увлечение, любимое дело?</p> <p>Насколько часто ты чувствуешь скуку, ощущение, что нечем заняться?</p>	<p><b>Потребность в познании</b></p> <p>Хотелось бы что-то изменить? Например, вернуться к прежним хобби, которые были заброшены из-за употребления. Или завести какие то новые. Научиться отдыхать без употребления ПАВ?</p>
<p><b>Потребность в красоте</b></p> <p>Доволен ли ты своей</p>	<p><b>Потребность в красоте.</b></p> <p>Что хотелось бы</p>

<p>внешностью? Как употребление повлияло на неё?</p>	<p>изменить?</p>
<p><b>Потребность в самореализации</b></p> <p>Насколько часто у тебя возникает чувство бессмысленности, ощущение "напрасности" проживания, суицидальные мысли?</p> <p><u>Каковы цели твоей жизни? Достигаешь ли ты их? Как употребление ПАВ влияет на их достижение?</u></p>	<p><b>Потребность в самореализации</b></p> <p>Как ты думаешь, поможет ли тебе трезвость достигнуть уже имеющиеся цели, поставить новые, обрести новый смысл жизни?</p>

## Заполни таблицу

*Приведи пример, когда у тебя были трудности в жизни, сильные переживания, и ты употребил вместо того, чтобы решить проблему?*

*Как тебе кажется, какая потребность в тот момент была актуальна для тебя? Какую потребность ты заглушил с помощью ПАВ?*

Это и есть механизм формирования психологической зависимости: загасить свою потребность, и избегать усилий по ее удовлетворению.

*Какие чувства чаще всего тебя посещают в клинике? Как ты думаешь о наличии какой неудовлетворённой потребности сигнализируют тебе твои чувства?*

## ЧАСТЬ 3. ВОРОНКА ЗАВИСИМОСТИ

Сегодня ты познакомишься с закономерностями течения заболевания под названием ХИМИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ. Мы проследим путь, по которому проходит КАЖДЫЙ зависимый. Постарайся увидеть себя на этом пути.

Перед занятием тебе необходимо написать историю развития своей зависимости. Опиши свою семью и отношения между её членами, своё образование, работу, стаж употребления ПАВ, когда и с чего оно началось (никотин, алкоголь, наркотики), какие были попытки прекратить употребление этих веществ, самые важные события жизни и т. п.

Прослушай лекцию психолога **«Воронка зависимости»**.

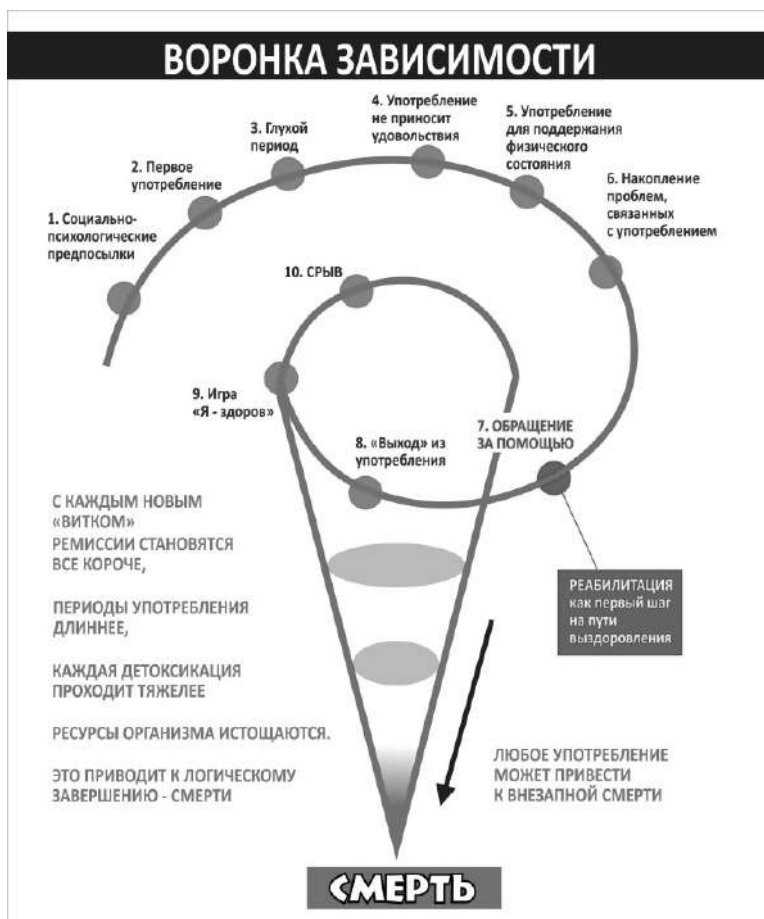


Рисунок 43. Воронка зависимости

**1. Био-психо-социо-духовные предпосылки.** Нет какой-то одной конкретной причины, по которой человек становится зависимым. Однако существуют множество факторов, сочетание которых может способствовать началу употребления ПАВ и развитию ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ: биологические (генетическая

предрасположенность), социальные (компания употребляющих сверстников, легкая доступность ПАВ и пр.), психологические (нежелание брать на себя ответственность, детское поведение, несамостоятельность, неумение отказывать, игнорирование негативных последствий, неуверенность в себе и пр.), духовные (отсутствие здоровых приоритетов и интересов в жизни, морально-этических норм, душевная пустота и др.)

Подумай, какие предпосылки развития зависимости имелись у тебя:

БИОЛОГИЧЕСКИЕ  
СОЦИАЛЬНЫЕ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  
ДУХОВНЫЕ

**2. Первое знакомство с наркотиком** у всех проходит с индивидуальными особенностями: кто-то не чувствует ничего необычного, кто-то испытывает тошноту, головокружение, беспокойство или другие неприятные ощущения (так как это естественная реакция организма на введение вредоносного вещества). Однако ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ и желание испытать необычное удовольствие толкают человека употреблять ПАВ снова и снова, пока желаемый эффект, наконец, не достигается. Возможно, ты и не помнишь этого периода, но согласишься, ведь ты не употребил наркотик «случайно», «вдруг», «против своей воли», ты **ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ХОТЕЛ** испытать эти ощущения. Это желание и было первым проявлением заболевания под названием «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ».

**3. «Глухой» период употребления.** Этот период назван так потому, что, употребляя ПАВ, человек в этот период, испытывает только положительные переживания, пока не ощущая на себе негативных последствий (проблем со здоровьем, работой, деньгами, в отношениях с близкими). В этот момент ни убеждения, ни уговоры близких, ни тяжелый опыт других зависимых не действуют на него.

***Вспомни, как долго продолжался у тебя этот период? Как ты считаешь, смог бы он продолжаться бесконечно долго?***

В этот период активно развивается ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ.

4. На этом этапе употребление уже не приносит прежнего удовольствия. Употребление становится нормой. Растёт доза.

5. **Физическая зависимость.** Согласно физическим законам воздействия наркотика на организм, со временем употребление ПАВ перестаёт приносить прежнее удовольствие (см. часть 1). Постепенно эффект наркотика ослабевает, и человек, испытывая физический дискомфорт, употребляет его для того, чтобы чувствовать себя НОРМАЛЬНО и иметь возможность жить своей обычной жизнью. То есть, начинается этап ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ от наркотика. **Обрати внимание, что физическая зависимость появляется тогда, когда уже есть активная психологическая зависимость.**

6. **Накопление проблем.** В этот период неизбежно появляются и накапливаются проблемы во всех сферах жизни: биологической (физическое здоровье), социальной (проблемы на работе, в семье, с законом и пр.), психологической (жалость к себе, депрессии, апатия и пр.), в духовной сфере (интересы ограничиваются употреблением: «Как достать?», «Где употребить»; идет деградация нравственных и моральных принципов и ценностей, в обиход входит ложь, воровство и пр.)

**Какие трудности, в каких сферах жизни возникли у тебя в связи с употреблением ПАВ? Какие проблемы, по твоему мнению, могут появиться в будущем? Перечисли их.**

ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ДУХОВНАЯ СФЕРА

**Обращение за помощью.** Это неизбежный этап развития заболевания.

*Обращался ли ты за помощью раньше?*

*Сколько раз?*

*Какая помощь была тебе нужна?*

*За какой помощью ты обратился сейчас?*

**8. «Выход из употребления»**, снятие физической зависимости («ломки») Период детоксикации — 3–10 дней.

**9.** После выхода из клиники, когда все неприятные симптомы ликвидированы, возникает ложная уверенность, что все самое трудное и неприятное осталось позади, красивая иллюзия «Я здоров!». Это связано, во-первых, с временным повышенным содержанием эндорфинов в этот период (эмоциональные качели), а во-вторых, нежеланием признавать наличие у себя ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ. И это тоже является одним из проявлений болезни. Поэтому следующим закономерным этапом является:

### **10. СРЫВ**

Время не может идти в обратную сторону, так и ЗАВИСИМОСТЬ однажды сформировавшись, не может исчезнуть просто так. Поэтому, после срыва ты вернешься не в «глухой период», а в тот же, с которого когда-то начал лечение. То есть проявление физической зависимости («система») начнется с первого же употребления. Прошедшие через это много раз зависимые люди, говорят об этом так: «Одной дозы — слишком много, тысячи — недостаточно».

Таким образом, круг зависимости замкнулся.

**Отметь, что нового ты узнал из этой лекции. Что произвело на тебя наибольшее впечатление? Что было тебе знакомо? С чем ты не согласен?**

Обсуди с психологом твои чувства и мысли, возникшие во время лекции.

### **Домашнее задание**

#### **«Воронка зависимости»**

*1. Как ты думаешь, на каком этапе «воронки зависимости» ты находишься в данный момент? 2. В какой раз ты находишься на этом этапе?*

*3. Если ты находишься на этом этапе не в первый раз, то, как ты думаешь, почему так произошло?*

*Прилагал ли ты какие-нибудь усилия, чтобы снова не оказаться на этапе воронки? Если да, то — какие именно?*



*Какие усилия ты готов приложить сейчас?*

*Бывали ли у тебя периоды ремиссии (неупотребления наркотика более 6 месяцев)? Сколько раз и когда это было в последний раз?*

*8. Употреблял ли ты другие ПАВ в этот период?*

*9. Согласен ли ты с тем, что непризнание своей зависимости, то есть уверенность в том, что «Я здоров, потому что меня не ломает»; «Я больше никогда не буду употреблять» – всё это проявление ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ?*

### **Притча**

*Давным-давно, в старинном городе жил Мастер, окружённый учениками. Самый способный из них однажды задумался: «А есть ли вопрос, на который наш Мастер не смог бы дать ответа?» Он пошёл на цветущий луг, поймал самую красивую бабочку и спрятал её между ладонями, намереваясь сжать руки, если Мастер скажет, что бабочка жива или разомкнуть ладони и отпустить бабочку, если мастер скажет, что бабочка мертва. Улыбаясь, он подошёл к Мастеру и спросил:*

*– Скажите, какая бабочка у меня в руках: живая или мёртвая?*

*Он крепко держал бабочку в сомкнутых ладонях и был готов в любое мгновение сжать их ради своей истины.*

*Не глядя на руки ученика, Мастер ответил:*

*– Всё в твоих руках*

## **ЧАСТЬ 4.ЭТАПЫ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ**

**1. ПЕРЕХОДНЫЙ ЭТАП** (этап перехода от активного употребления ПАВ к началу выздоровления).

Он начинается с момента обращения за помощью и заключается в снятии физической зависимости, физического дискомфорта с помощью лекарств (стационарный «детокс», классика).

Продолжительность этого этапа в среднем составляет 3-10 дней.

**Вопрос:** В чем ты нуждаешься на этом этапе?

Чем полезно общение с психологом?

*Достаточно ли 3–10 дней чтобы привести организм в норму? Как тебе кажется, сколько времени для этого потребуется?*

## **2. НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ**

Имеет две составляющие:

**1) Стабилизация физического состояния** продолжается до 6 месяцев. В течение этого периода из-за колебания уровня эндорфинов возникают следующие явления: колебания настроения, «эмоциональные качели», раздражительность, депрессия, бессонница, «сухие ломки», трудности с памятью, рассеянность, навязчивые мысли, сны о наркотиках, «непреодолимое, компульсивное влечение», тяга. Поводы к срыву у каждого свои, но истинная причина срыва одна – ЗАВИСИМОСТЬ. И если после «детокса» не приложить усилия к своему выздоровлению, срыв ЗАКОНОМЕРЕН.

Факторы, необходимые на данном этапе выздоровления:

внешний контроль – стационарный наркологический охранительный режим в течение не менее 30 дней препятствует физической возможности употребить ПАВ;

медикаментозная поддержка, направленная на устранение колебаний настроения, депрессий и других нарушений в организме – нормализаторы настроения, антидепрессанты, витамины, препараты, улучшающие работу печени и нервной системы; противорецидивные меры – прием антаксона, «подшивки»; психологическая поддержка. Необходимо понимать, что оставаться трезвым – возможно, если для этого предпринимать шаги – изучать зависимость, преодолевать тягу, внутренне меняться. Это требует времени, силы воли, терпения.

причем это эффективно только в случае соблюдения всех вышеописанных факторов.

**Ответ на вопросы.**

**Что ты получишь на данном этапе выздоровления?**

окончательную стабилизацию физического состояния;

максимально «безопасный» охранительный режим (внешний контроль) для соблюдения трезвости.

Сколько раз ты проходил детоксикацию и сразу выписывался, не обеспечив описанных выше условий? Что с тобой происходило?

Что может помешать тебе пройти этот этап лечения?

## **РАБОТА НАД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

(средняя продолжительность – около 1 и более лет)

Цель этого этапа – **ДОСТИЖЕНИЕ БАЗОВЫХ НАВЫКОВ ТРЕЗВОСТИ**. Это достигается путем

досконального изучения психологических механизмов зависимости, механизмов появления тяги и мыслей об употреблении ПАВ, а также способов противостояния этому. Без этих навыков невозможно поддерживать свою трезвость в дальнейшем.

Для достижения данной цели необходимо:

принятие, осознание связи: **НАРКОТИК = СМЕРТЬ**, осознание желания жить и понимание: **ТРЕЗВОСТЬ – ЕДИНСТВЕННЫЙ СПОСОБ ВЫЖИТЬ**;

изучение механизмов и схем срыва – «разводок зависимости»;

изучение психологических защит зависимости;

изучение провоцирующих срыв ситуаций и формирование способов справляться с ними;

исследование дефектов характера, сопутствующих зависимости;

Какими методами это достигается?

групповая (как наиболее эффективная) реабилитационная психотерапевтическая работа в условия стационара;

самоанализ (отслеживание механизмов развития зависимости, своего эмоционального состояния и приобретение навыков совладания с проявлениями зависимости);

составление и следование плану дня, с постановкой реальной цели на каждый день: «Как я могу остаться трезвым сегодня?» и «Что я должен сегодня для этого сделать» и т. д.

Все это является основной задачей реабилитации.

В конце этого этапа лечения у тебя должны появиться конкретные навыки отслеживания, узнавания механизмов твоей зависимости и методы совладания с ней.

Что с тобой будет происходить, если ты не пройдешь этап работы с психологической зависимостью? Опиши.

Останешься ли ты трезвым (ЖИВЫМ), если ты не научишься распознавать свою зависимость и справляться с ней?

Что может помешать выздороветь тебе на этом этапе?

**3. ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ЭТАП ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ** (начинается после 1 – 1,5 лет трезвости). Основные задачи, которые решает зависимый на данном этапе:

построение отношений с независимыми людьми (семьей, родственниками, друзьями, знакомыми, сотрудниками по работе и т.д.);

приобретение опыта трезвой жизни (работа, учеба, отношения);

умения ставить цели и их достигать;

преодоление последствий употребления ПАВ (социальных, физических, личностных), чувства вины и стыда;

повышение стрессоустойчивости.

Главная задача этого этапа – Личностный рост и развитие.

«Застривание» на данном этапе выздоровления происходит в двух основных случаях. В первом случае, когда пациент перестает лично расти и работать над улучшением своих отношений, игнорирует правила безопасности, забывает о первых симптомах «срыва», не связанных с приемом наркотика, возвращается в прежнее, «инфантильное» состояние.

Другой вариант «застоя» на данном этапе связан с появлением у зависимого ложного чувства уверенности, что проблемы зависимости уже в прошлом, и болезнь отступила навсегда. “ Я прошел долгий и трудный путь, я уже все знаю о своей болезни, я абсолютно уверен в себе, мне уже ничего бояться, теперь надо заняться другими делами». В этом случае рано или поздно зависимость снова «поднимает голову». Происходит нарушение гра-

ниц безопасности, забывание последствий употребления, потеря навыков отслеживания «разводок», что неизбежно приводит к срыву.

Какими методами можно достичь личностного роста и развития?

групповая и индивидуальная психотерапевтическая работа; самоанализ (выявление причин, препятствующих личностному развитию и нахождение способов справиться с ними);

активное продолжение использования навыков трезвости и их совершенствование.

Возможно ли пройти этот этап самостоятельно? Какие сложности ты видишь для себя?

Что может помешать тебе проходить выздоровление на этом этапе?

**4. ЭТАП СТАБИЛЬНОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ** (после 3 лет трезвости).

На этом этапе происходит проработка глубоких детских проблем, дефицита любви, отражения и насилия в детстве, дисфункциональных детско-родительских отношений, без критики воспринятых правил путем индивидуальной, групповой личностно-ориентированной терапии, семейной системной психотерапии.

**5. ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ ЭТАП** (от 5 до 15 лет с момента выздоровления и в течение всей жизни). Сбалансированная жизнь и продолжение роста и развития, поддержка при возникающих жизненных неурядицах.

*Были ли у Тебя попытки выздоравливать? Как ты думаешь, почему происходили срывы, связано ли это с тем, что ты не соблюдал этапность лечения?*

*Как ты планируешь выздоравливать сейчас?*

*Построй и опиши поэтапный план твоего дальнейшего выздоровления. Что будет помогать поддерживать твою трезвость на каждом этапе?*

Обсуди с психологом мысли и чувства, возникшие у тебя при выполнении задания.

Прежде чем ты перейдёшь на следующий 1 этап реабилитации (отделение реабилитации), тебе необходимо написать цели, которые ты желаешь достичь в реабилитации и задачи для их достижения. Что бы ты хотел получить в результате прохождения данного курса?

## **ЧАСТЬ 5. НЕУПРАВЛЯЕМОСТЬ**

(может обсуждаться на основном этапе реабилитации)

Принятие бессилия и неуправляемость являются основами для выздоровления.

Ответ письменно на следующие вопросы.

### **Личная неуправляемость**

1. Как ты оказывался в опасности из-за своего употребления (вождение в нетрезвом виде, пребывание на высоте, в воде)?

2. Как аддикция оказала влияние на твоё здоровье?

3. О какой помощи приходилось просить в связи с аддикцией (медицинская помощь, скорая помощь, госпитализация, обращение к психиатру, госпитализация в наркологическую или психиатрическую клинику)?

4. Опиши своё эмоциональное состояние вследствие аддикции (депрессия, паника, страх, эмоциональная нестабильность, суицидные мысли)?

5. Какие черты характера привели к личной неуправляемости (эгоцентризм, инфантильность, проблемы с самоуважением, искаженный образ Я)?

### **Социальная неуправляемость**

1. Оставлял ли ты других людей в опасности из-за своего употребления?

2. Какие конфликты или прерванные отношения были результатом твоей аддикции (семейные ссоры, драки, насилие, конфликты из-за денежных потерь)?

3. Какие проблемы имела твоя семья вследствие твоего пристрастия?

4. Имелись ли проблемы в социальной жизни (потеря работы,

исключение из вуза, стресс на работе, снижение ответственности за свой участок работы, манипуляции с сокрытием употребления)?

5. Был ли арест или проблемы с полицией?

## **ЧАСТЬ 6. СВОЕВОЛИЕ**

Перед тем, как начать говорить о своеволии, давайте разберемся с тем, что же такое воля (сила воли):

Воля — это власть над собой, самообладание, самоконтроль, сила, которая держит нас в рамках и позволяет двигаться вперед.

Воля — это сознательная организация и саморегуляция человеком своей деятельности и поведения, направленная на преодоление трудностей при достижении поставленных целей»

Приведи два примера из своей трезвой жизни проявления у тебя силы воли.

Пример 1. Опиши конкретно, как ты действовал, какие чувства испытывал

Пример 2. Опиши конкретно, как ты действовал, какие чувства испытывал

Личность наркозависимого, его черты характера претерпевают некоторые изменения. Например, появляются гиперчувствительность, перфекционизм, раздражительность, нервозность. Сила воли также меняется. Она превращается в своеволие, — т.е. волю, полностью подчиненную зависимости и употреблению.

## **ПРИЗНАКИ СВОЕВОЛИЯ**

- свои желания приоритетны,
- свой взгляд правильный,
- хочу всё и сразу,
- презрение к другим,
- я прав,
- закрытый ум: отказываюсь от нового (от восприятия дру-

гой информации, — только то, что уже есть в голове).

- вызывающее поведение,
- отрицание проблемы.

**Своеволие — это презрение или сопротивление любым идеям, которые не согласуются с вашими собственными.**

Своеволие словно говорит: «когда вы что-то делаете для меня, то, что я считаю нужным и должным, это хорошо. Но если вы пытаетесь сделать что-то, с чем я не согласен, то берегитесь!»

**Виды своеволия:**

Своеволие не всегда выражается открыто, так же как гнев не всегда выражается физически. Это может вызвать усмешку, но некоторые люди считают, что они контролируют свой гнев только потому, что они никого не бьют. Их гнев не проявляется открыто.

**АКТИВНОЕ СВОЕВОЛИЕ.** Открытое агрессивное поведение с умыслом принести вред тому, кто имеет противоположный взгляд. Пациенты, которые практикуют своеволие, делают это по двум причинам: они или не могут или не хотят контролировать себя. Такие своевольные люди применяют физическую силу, оскорбляют своих оппонентов, разрушают себя и других. В широком смысле, они пытаются уничтожить идеи, которые не сочетаются с их собственным мнением. Принося вред людям, которые придерживаются этих идей, они иногда даже лишают их жизни. Например, те, кто распял Христа, практиковали активное своеволие.

**ПАССИВНОЕ СВОЕВОЛИЕ.** Враждебность выражается не в прямой форме из-за боязни открыто спорить со своими оппонентами. Используются «трусоватые» методы: недовольные гримасы, откладывание выражения своего несогласия со дня на день, постоянное отрицание своих истинных чувств.

*Приведи два примера проявления у тебя своеволия*

*Пример 1*

Опиши конкретно, как ты действовал, какие чувства испытывал, а что говорил вслух. Какие цели ты преследовал на словах, а какие — на самом деле? Чем это закончилось, и какие послед-



ствия имело?

*Пример 2*

*Опиши конкретно, как ты действовал, какие чувства испытывал, а что говорил вслух. Какие цели ты преследовал на словах, а какие – на самом деле?*

*Чем эти действия закончились, и какие последствия имели?*

*Опиши, как проявляется своеволие по отношению к выздоровлению:*

*Приведи пример, когда ты проявлял отрицание проблем, связанных с употреблением*

*Какие цели и задачи перед тобой стояли?*

*Что ты получил в результате?*

*Какие чувства ты испытываешь после написания данного домашнего задания*

**«РЕАБИЛИТАЦИЯ» – долгий и трудный путь, пройти который тебе предстоит. Это этап, который направлен на то, чтобы ты научился справляться со своей психологической зависимостью. УДАЧИ!**

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

о добровольном согласии на временное помещение в отделение реабилитации «Медицинский центр «Бехтерев» (далее – Ассоциация) и ограничение некоторых личных прав и свобод на период прохождения комплексной программы социальной реабилитации и ресоциализации лиц, имеющих опыт немедицинского употребления наркотических средств и психоактивных веществ (далее Программы).

г. Санкт-Петербург «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_, будучи ознакомлен сотрудниками Ассоциации с основными Конституционными правами и свободами человека, и при этом, сознавая чрезвычайность и социальную опасность сложившегося в моей жизни положения, желая успешно пройти Программу, и восстановить

нормативный социальный статус, добровольно налагаю на себя ряд правовых ограничений и обещаю неукоснительно соблюдать Правила пребывания в Ассоциации в период прохождения Программы.

Я понимаю, что сам (сама) несу ответственность за негативные последствия, которые могут наступить в случае нарушения мною Правил пребывания в Ассоциации, установленных при прохождении Программы.

С конституционными правами и свободами человека и гражданина, а так же Правилами пребывания в Ассоциации ознакомлен (а).

Подпись Реабилитанта

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

### **А. ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО НА СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПОМОЩИ И ИНФОРМАЦИЮ:**

получение квалифицированной медицинской и психологической помощи;

непрерывную, тактичную и вежливую по отношению к нему работу персонала;

информацию о своём состоянии, реабилитации и прогнозе по окончании реабилитации;

строгое соблюдение конфиденциальности, связанной с реабилитацией, услугами, отношениями и записями, относящимися к программе;

полную информацию о Правилах поведения пациентов и Правилах внутреннего распорядка в реабилитационной программе;

поддержку окружения, свободного от наркотиков/алкоголя; лечение безотносительно пола, расы, национальности, вероисповедания, политических предпочтений, сексуальных ориентаций, криминального прошлого и социального статуса;

достоинство, уважение, здоровье и безопасность в течение

всего времени пребывания в реабилитационной программе;  
информацию о существующих правилах и регуляторах программы, таких как поощрения, санкции, дисциплинарные взыскания, изменения в правах;  
создание безопасной психотерапевтической среды;  
разрешение представлять свои интересы и получать информацию о реабилитации человеку, не вовлечённому в процесс реабилитации;  
принимать участие в других вариантах Программы, предлагаемых Центром;  
сопровождение и поддержку по завершению программы.

В терапевтическом сообществе мы учимся уважать личные права других и хотим, чтобы они уважали наши. Права должны где-то соблюдаться. Здесь, в Программе, именно такое место.

#### **Б. ЛИЧНЫЕ ПРАВА ЧЛЕНОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА:**

право на безопасность;  
право быть уважаемым другими людьми;  
право иметь своё собственное мнение и убеждения;  
право сотрудничать и отдавать и при этом не быть использованным;  
чтобы мои потребности нужды были также важны, как нужды других людей;  
право просить о помощи и эмоциональной поддержке; право иногда ставить себя на первое место;  
право делать ошибки и нести за них ответственность;  
право отказываться: говорить «нет, спасибо», «извините, нет»;  
право протестовать против несправедливого обращения или критики;  
право на свои собственные чувства, независимо от того, понимают ли их окружающие;  
право выражать свои чувства, включая гнев, таким образом, и настолько долго, насколько я не нарушаю права других;  
право предоставлять другим людям самим решать свои собственные проблемы;

право побыть в одиночестве, даже если другие хотят моего общества;

### **ПАЦИЕНТ ОБЯЗАН:**

1. Полностью выполнять план реабилитации и все терапевтические задания, включая: посещения всех предусмотренных Программой мероприятий, работу в группах, конспектирование лекций, ведение дневника чувств, самостоятельную работу.

2. Сотрудничать с персоналом Программы во всех реабилитационных мероприятиях. Выполнять все назначения и требования врачей, психологов и руководителя отделения в отношении процесса выздоровления, а также Правила внутреннего распорядка.

### **В. КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩЕНЫ**

**1) УПОТРЕБЛЕНИЕ, ПРОНОС И ХРАНЕНИЕ** любых химических препаратов, изменяющих состояние сознания (алкоголя, наркотиков, транквилизаторов, антидепрессантов, снотворных и т.д.).

**2) НАСИЛИЕ И АГРЕССИЯ**, выраженные в любой форме (физическое, словесное, угрожающие жесты и взгляды, оскорбительные разговоры повышенным тоном и т.д.).

**3) УХАЖИВАНИЕ, ФЛИРТ ИЛИ СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ.** Мы очень внимательно следим за этим и прекращаем участие в Программе обоим пациентам. Разделение по парам означает проведение значительного, чрезмерного времени с человеком противоположного пола. Сексуально окрашенные действия означают поглаживания, поцелуи, нахождение в одной кровати и т. д. Это не означает, что вы не можете проводить время совместно, как участники программы.

**4) ДЕМОНСТРАЦИЯ УЛИЧНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ:** нецензурная брань, жаргон, неопрятный внешний вид, вызывающая прическа, одежда и т. д.

**5) НАРУШЕНИЕ АНОНИМНОСТИ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ** других пациентов программы, критика и сплетни.

**6) ПРИЧИНЕНИЕ УЩЕРБА ИМУЩЕСТВУ** Центра или других пациентов.

Сама природа терапии химических зависимостей требует

большой ответственности, как от пациента, так и от персонала. Только будучи ответственными, мы создаём и поддерживаем атмосферу, способствующую и облегчающую выздоровление.

**1. ПОСЕЩЕНИЕ ЗАНЯТИЙ.** Пациент посещает все без исключения занятия по расписанию своей программы. Единственной уважительной причиной непосещения занятий может быть решение врача при наличии острого заболевания. Любые другие причины уважительными не являются, что несёт за собой соответствующие дисциплинарные меры. Перечень мероприятий программы оглашается каждый день во время утреннего собрания.

**2. ПИТАНИЕ.** Поскольку питание является важной частью программы выздоровления от зависимости, мы просим вас позаботиться о том, чтобы принимать пищу вовремя.

**3. КУРЕНИЕ.** Курение разрешается только в отведенных местах. КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ курение в палатах, коридорах и других местах.

**4. ТЕЛЕФОННЫЕ РАЗГОВОРЫ.** Пациенты не могут разговаривать по телефону в помещениях центра все время нахождения на отделении. Использование сотовых телефонов КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ. С 20.00 до 21.00 звонки осуществляются только с телефона Центра в присутствии психолога отделения. Звонки к пациентам по телефону центра не разрешаются.

**5. ПУНКТУАЛЬНОСТЬ,** Присутствие на всех общих мероприятиях обязательно (группы, тренинги, лекции и пр.). Пунктуальность имеет большое значение для того, чтобы программа выполнялась последовательно. Мы ожидаем от вас, что вы будете занимать свои места за 5 минут до начала собрания, лекции, группы (а не через пять минут после начала). Опоздание мешает программе. Опоздание более чем на 5 минут несёт за собой последствия.

**6. ВАЖНО, ЧТОБЫ НА ВСЕ ЗАНЯТИЯ ВЫ ПРИНОСИЛИ БЫ БЛОКНОТ ДЛЯ ЗАПИСЕЙ.** Делайте записи! ТРУДНО ЗАПОМНИТЬ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ, КОГДА ВЫ БОРИТЕСЬ С ЗАВИСИМОСТЬЮ. Блокнот является дневником вашего лечения

и может явиться важным инструментом, помогающим вам в выздоровлении, когда вы покинете программу.

#### **ДРУГИЕ ПРАВИЛА:**

Центр не несёт ответственности за пропажу личных вещей пациента.

### **ПРИЗНАНИЕ ПРАВ И ОБЯЗАННОСТЕЙ ПАЦИЕНТА**

*Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что прочитал, понял и мне были объяснены мои права и обязанности «Пациента». Я также прочитал, понял и имел возможность получить объяснения Правил поведения «Пациента» и Правил внутреннего распорядка реабилитационной Программы, и согласен с тем, что от меня ожидают их выполнения все то время, пока я буду «Пациентом» Программы.*

*Я понимаю, что определённые ограничения необходимы мне для получения максимальной пользы от Программы. Кроме того, я понимаю, что от меня ожидают помощи и сотрудничества с командой специалистов, осуществляющих Программу в достижении целей моей реабилитации.*

*Учитывая значительную интенсивность программы реабилитации, я привёл в порядок свои дела в такой степени, чтобы во время пребывания в отделении я имел (а) возможность **сосредоточиться исключительно на терапии моей зависимости**. Одновременно заявляю, что согласен (а) проходить все необходимые обследования, которые мне будут назначены во время пребывания в отделении. Я обязуюсь соблюдать правила, действующие в отделении, а также сохранить в тайне информацию, которая мне станет известна о других пациентах.*

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Дата** « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6. АНОНС ДЛЯ НОВИЧКА

(Распечатывается для каждого пациента перед поступлением)

Это время, проведенное в стационарных условиях, необходимо для того, чтобы окончательно исчезли все неприятные симптомы абстиненции, нормализовалось настроение, произошло включение в реабилитационный процесс и терапевтическое сообщество, а главное ты смог бы ответить себе на вопрос «Зачем я здесь?». Этот этап, наверное, самый непростой, так как здесь происходит закладка фундамента твоего будущего выздоровления. От того насколько качественно ты пройдёшь его, будет зависеть успех всей реабилитации. Для того чтобы дать тебе возможность максимально сконцентрироваться на работе, необходимо свести к минимуму общение с «внешним миром» (прогулки, посещение родственников и пр.) и полностью погрузиться в реабилитационный процесс.

## Правила группы

№	Правила	Разъяснения
1	<b>ПУНКТУАЛЬНОСТЬ</b>	Это правило говорит об элементарном уважении к участникам группы. Не заставляя себя ждать, сверяйся с расписанием занятий и приходи на группу за 5 минут до ее начала.
2	<b>КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ</b>	Любая информация, которую сообщают участники – конфиденциальна, и не выносится за пределы группы (если хочешь что-то обсудить, поделись своим мнением, делай это в группе).
3	<b>АКТИВНОСТЬ</b>	Для того, чтобы что-то получить от занятия, нужно максимально включиться в работу, в упражнения, в обсуждение. Лучший способ не получить ничего – это не быть активным во время занятия.
4	<b>ИСКРЕННОСТЬ</b>	Будь открытым, говори о себе честно и откровенно, не пытайся недоговаривать или преукрашивать истину, ты работаешь на себя, поэтому важно быть честным в первую очередь перед самим собой.
5	<b>"ОДИН ГОЛОС В ЭФИРЕ"</b>	Когда говорит один человек – все остальные молча его слушают. И уже после, заявляют о своем желании высказаться, если оно есть. Не допускаются также переговоры между собой во время высказывания одного из членов группы.
6	<b>МЫСЛИ И ЧУВСТВА ВЫРАЖАЙ ЦЕНЗУРНО</b>	Недопустимо использование нецензурной брани.
7	<b>НЕ ДАВАЙ ОЦЕНОК</b>	Когда высказываешься, постарайся не оценивать других ("хороший", "плохой"), не делать замечания, не давать советы, если у вас их не спрашивали, говорить, что правильно, а что неправильно в другом или в его действиях.
8	<b>ГОВОРИ ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА (ОТ СЕБЯ И ПРО СЕБЯ)</b>	Все высказывания строятся на принципе «я-пошлайки»: я чувствую так-то, мне так-то от твоих слов и действий. Не рассказывай истории из жизни своих друзей и знакомых (например: "а вот мой друг...", "по телевизору говорили...") Лчишься ты, поэтому не уместно упоминание вторых и третьих лиц. Также не высказывай общее мнение (например: "мы считаем..." или "нам это не нравится..." или "это никому не помогает..."). Каждый участник группы может ответить за себя сам.
9	<b>Правило "СТОП"</b>	В исключительных случаях вы можете останавливать адресованные вам высказывания, вопросы или предложения. Когда вы говорите "Стоп", необходимо объяснить, что именно с вами происходит.

Каждый участник несет ответственность за психологическую безопасность других участников тренинга. Работа психики связана с чувствами – это тонкая и ранимая часть, поэтому мы призываем вас соблюдать правила группы.

Таблица 20. Правила группы



## **РАСПОРЯДОК ДНЯ (БУДНИЙ ДЕНЬ)**

8.00 Подъём  
30 – 9.45 Зарядка  
15 – 9.45 «Доброе утро»  
9.45– 10.15 Уборка помещений и палат  
10.30–12.30 Мотивационная группа \Терапевтическая группа (в пятницу – до 12.00, затем Итоги недели)  
13.00–14.00 Тренинг или Лекция  
14.00–15.00 Обед, Прогулка  
лечебные процедуры  
15.00–16.30 Группа сдачи домашних заданий, индивидуальная работа с личным психологом  
17.00–18.00 Тренинг  
18.00–19.00 Час эмоциональной разгрузки, лечебная физкультура  
19.00–20.00 Группа написания домашних заданий  
20.00–21.00 Ужин, телефонные звонки  
21.00–21.45 Подведение итогов дня  
22.00–22.30 Приём таблеток, Подготовка и сдача анализа  
дня и плана на завтра  
22.30–23.30 Личное время  
30. – 00. Время тишины (выключается музыка, телевизор),  
прекращаем громкие разговоры, подготавливаемся ко сну  
00.00 Отбой

## **РАСПОРЯДОК ВЫХОДНОГО ДНЯ**

8.00– подъем  
8.30- 8.45- зарядка  
9.15–10.00 группа «Доброе утро»  
10.00–11.00 генеральная уборка  
11.00–12.00 спикерская группа  
13.00–14.00 лекция по духовным аспектам зависимости или  
тренинг

14.00–15.00 обед, прогулка

15.00–16.30 написание д\з

17.00–19.30 терапевтический фильм

20.00–21.00 ужин, звонки

21.00- группа «Добрый вечер»

22.00 – прием вечерних таблеток, сдача плана дня, фокуса дня

24.00- отбой

К итогам дня:

не менее 10 событий для малой группы

·не менее 15 событий для большой группы

События типа«Проснулся»; «Обед»; «Старшая группа» не принимаются, что влечет за собой последствия на сутки.

Фокус дня

Ежедневник читается, каждый день на Утреннем Сообществе

На каждый день задаётся тема по нему или актуальная на данный момент в группе – называется Фокус дня. Пишется к вечеру.

Форма написания задаётся также специалистом на утреннем сообществе.

План дня

Составляется вечера на следующий день;

Прописываются конкретные цели (не менее 5) и пути их достижения.

План дня пишется максимально четко, подробно

Например:

Нечеткий пример: «Быть на семейке»

Четкий пример: «Искренне проговорить свои обиды маме».

Пути достижения цели:

обсудить с личным психологом

проговорить на группе

прописать в тетради примерный текст

Анализ плана дня

Пишется вечером, подводятся итоги: что сделано, что не сделано (+/-) по плану прошедшего дня.

Если выполнил цель — благодаря чему;  
Если нет — то в чем причина и какие изменения нужно внести.

Выполняется перед группой «Добрый вечер», озвучивается на группе и сдается перед отбоем вместе с дневником чувств.

Благодарность. Кому и за что я могу сегодня быть благодарен:

люди  
«Высшая Сила»  
Я

## **ИТОГИ НЕДЕЛИ**

Необходимо описать состояния, наблюдения; сделать выводы

и осмыслить произошедшие с тобой события, полученные знания, информацию, отследить привычки.

Просту — «включи голову»!

Форма проведения:

1. Пять негативов (за неделю)

В форме экспресс-анализа с выводами:

описание ситуации (Когда я...)

три чувства.

что подумал?

что готов был сделать?

что сделал?

что было предпочтительнее?

Вывод:...>>

2. Пять позитивов (за неделю)

описание ситуации (Когда я ...)

три чувства= преобладающее чувство (1)

что для меня это значит...>>

3. Что делал в реабилитационном центре по программе?

4. Что нового и хорошего узнал за неделю?

5. Конфликт: Когда я... (три чувства)  
я подумал...  
я хотел сделать...  
что сделал...  
чего хотел добиться...  
чего добился... (три чувства)  
вывод...
6. Хит-парад чувств (не менее 5 чувств)
7. Замечание :  
Кому, за что — событие (только участнику группы)  
Что могло мне навредить и .... (три чувства)
8. Цели и планы на неделю (не менее пяти конкретных целей) и анализ предыдущих целей (с прошлой недели), что сделали, что нет и по какой причине.
9. Благодарности за неделю:  
людям  
себе  
высшей силе (конкретно)

#### **Рекомендации к подготовке ИД и УС**

#### ***К итогам дня:***

- не менее 10 событий для малой групп  
не менее 15 событий для большой группы

**События типа «Проснулся»; «Обед»; «Старшая группа» не принимаются, что влечет за собой последствия на сутки.**

## **ФОКУС ДНЯ**

Ежедневник читается, каждый день на Утреннем Сообществе

На каждый день задаётся тема по нему или актуальная на данный момент в группе — называется **Фокус дня**. Пишется к вечеру.

Форма написания задаётся также специалистом на утреннем сообществе.

## **ПЛАН ДНЯ**

Составляется с вечера на следующий день;

Прописываются конкретные цели (не менее 5) и пути их достижения.

План дня пишется максимально четко, подробно

Например:

Нечеткий пример: «Быть на семейке»

Четкий пример: «Искренне проговорить свои обиды маме».

Пути достижения цели:

- обсудить с личным психологом
- проговорить на группе
- прописать в тетради примерный текст

## АНАЛИЗ ПЛАНА ДНЯ

Пишется вечером, подводятся итоги: что сделано, что не сделано (+/-) по плану прошедшего дня.

Если выполнил цель — благодаря чему;

Если нет — то в чем причина и какие изменения нужно внести.

Выполняется перед группой «Добрый вечер», озвучивается на группе и сдаётся перед отбоем вместе с дневником чувств.

**Благодарность.** Кому и за что я могу сегодня быть благодарен:

люди

«Высшая Сила»

я

**Что получилось сделать, что нет**

## ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ

***Привет! Ты держишь в руках задания, которые предназначены для того, чтобы помочь тебе разобраться с тем, что происходит в твоей жизни. Старайся на все вопросы отвечать искренне, приводи конкретные примеры из своей жизни. Это поможет тебе создать целостную картину болезни. Если тебе не понятен какой-либо вопрос, уточни его у психолога или консультанта. Желаем удачи!***

Примеры пишутся по форме:

Тезис (заголовок, название ситуации, кратко 2–3 слова)

Однажды (начало ситуации) ..... (3 чувства)

Развитие ситуации..... (3 чувства)

В результате..... (3 чувства)

**На сейчас..... (3 чувства)**

**Примечание. Это основные задания стационарного этапа реабилитации. Твой специалист после завершения мотивационного этапа будет давать тебе задания индивидуально**

### **1. Почему я здесь?**

Напиши 10 причин, а затем раскрой каждую из них подробным примером по форме.

Например: проблемы с законом, давление родственников, финансовые проблемы, негде жить и др.

### **2. Личная и социальная неуправляемость**

#### **2.1. Какие проблемы у меня появились со здоровьем в связи с употреблением?**

Опиши, о каких проблемах со своим здоровьем ты знаешь (заболевания, ухудшение функций головного мозга, сердца, почек, обменных процессов, состояние сосудистой стенки и т.д.). Какие ты чувства испытал, узнав об этом?

Как ты чувствуешь (ощущения в теле, боли, и т.д.) свои проблемы со здоровьем в настоящее время?

Твое отношение сейчас к имеющимся заболеваниям.

Продолжи, по окончании Д/З следующие предложения:

1. Данное задание вызвало у меня чувство...

2. Сейчас, написав его, я думаю...

Написание данного домашнего задания мне дало...

Отвечая на эти вопросы, вспомни и опиши 5 конкретных примеров (по форме) из своей жизни.

#### **2.2. Какие проблемы у меня появились на работе/учебе в связи с употреблением?**

Какие проблемы на работе (учебе) имеются у тебя из-за твоей зависимости на сегодняшний день?

Изменилось ли твое отношение к работе (учебе), и с чем

этого связано?

Хватает ли у тебя сил и времени заниматься работой (учебой)? С чем это связано?

Как часто ты менял работу за последнее время?

Как ты чувствовал себя на последнем месте работы?

Сколько времени в день ты тратил на работу. В какое время приходил и уходил с работы?

Были ли опасные ситуации на работе, связанные с твоим употреблением?

Твои коллеги знали (возможно, догадывались) о твоём употреблении ПАВ? «ДА» «НЕТ»

Если «ДА», то при каких обстоятельствах они это узнали?

Если «НЕТ», что делал, чтобы это не открылось.

Изменилось ли твоё отношение к коллегам, знающим о твоей проблеме? «ДА» «НЕТ»

Если «ДА», то как?

Продолжи, по окончании Д/З следующие предложения.

1. Данное задание вызвало у меня чувство...

2. Сейчас, написав его, я думаю...

Написание данного домашнего задания мне дало...

Отвечая на эти вопросы, вспомни и опиши 5 конкретных примеров (по форме) из своей жизни.

### **2.3. Какие проблемы у меня появились с моим окружением в связи с употреблением?**

Есть ли у тебя друзья? «ДА» «НЕТ»

Изменился ли круг твоих друзей? «ДА» «НЕТ»

Как это произошло?

Как ты видел эту ситуацию в тот момент и как оцениваешь её сегодня?

Каков на сегодняшний день твой круг друзей?

Твои взаимоотношения с ними?

Часто ли ты с ними общаешься?

Какие интересы вас объединяют, о чем вы часто говорите?

Что они тебе дают и что от тебя получают?

Как к тебе относятся бывшие друзья, которые знают о твоем



мупотреблении?

Что они тебе говорят при встрече?

Были ли с твоей стороны попытки использовать своих друзей (бывших и новых) в целях своего употребления? Если «ДА», то как часто и когда в последний раз?

Опиши 2–3 ситуации использования друзей в своих интересах, в том числе опиши и последнюю ситуацию.

Как это повлияло на твои отношения с ними?

Что ты при этом чувствовал?

Использовали ли тебя твои употребляющие друзья в своих интересах? Опиши ситуацию, когда ты считаешь, что тебя использовали

Что ты при этом чувствовал?

По твоему мнению: опасно ли продолжать общаться со своими употребляющими друзьями или нет? «ДА» «НЕТ»

Почему?

Если да, то готов ли ты отказаться от общения с ними? «ДА» «НЕТ»

Как ты думаешь для чего тебе это нужно?

Продолжи, по окончании Д/З следующие предложения:

Данное задание вызвало у меня чувство...

Сейчас, написав его, я думаю...

Написание данного домашнего задания мне дало...

Отвечая на эти вопросы, вспомни и опиши 5 конкретных примеров (по форме) из своей жизни.

#### **2.4. Какие финансовые проблемы у меня появились в связи с употреблением?**

Каково на сегодняшний день твое материальное положение?

Испытываешь ли ты недостаток в средствах? «ДА» «НЕТ».

С чем связаны финансовые трудности?

Сколько в день за последний месяц ты тратил на наркотики, алкоголь?

Каким образом ты находил средства, чего тебе это стоило?

Каково отношение твоей семьи к твоему финансовому положению?

Мое финансовое положение влияет на мою семью так...

Они говорят мне..., и это вызывает у меня чувство...

Моя семья меня финансово поддерживает: «ДА» «НЕТ»

Если «ДА», то каким образом:

Что они тебе при этом говорят?

Что за чувства это у тебя вызывает к ним?

Что за чувства это у тебя вызывает к себе?

Продолжи, по окончании Д/З, следующие предложения:

Данное задание вызвало у меня чувство...

Сейчас, написав его, я думаю...

Написание данного домашнего задания мне дало...

Отвечая на эти вопросы, вспомни и опиши 5 конкретных примеров (по форме) из своей жизни.

**3. Моя семья** (свободный стиль с конкретными примерами)

1. Что такое семья? Дай своё определение. 2. Опиши, кто входит в твою семью, или входил в неё раньше (детство, юность, взрослость) – наиболее близкие родственники/люди. 3. Как отношения с членами твоей семьи складывались в различные периоды: до начала употребления

во время употребления на сейчас Опиши историю твоих взаимоотношений с каждым из членов твоей семьи. Приведи конкретные примеры ситуаций по форме.

Опиши, какие проблемы в семье, связанные с употреблением и его последствиями, возникают на сегодняшний день у тебя в отношениях с близкими (ссоры, непонимание, недоверие, прекращение общения, эмоциональное и физическое отдаление, опасность или угроза разрыва отношений, совместного проживания ит. д.)? Напиши с кем, какие конкретно проблемы, как часто они происходят?

4. Какой ты мечтаешь видеть свою семью?

5. Соответствует ли твоя семья и то, что ты написал (а) о ней в задании, определению семьи, которое ты дал (а) в самом начале?

**4. Бессилие. 10 примеров.** Опишите проявление своего бессилия (употребление, вопреки своим планам, попытки контролировать и прекратить употребление, когда ты извинялся перед родными или близкими и обещал больше никогда себя так не вести, а сам этим же вечером или на следующий день совершал еще более страшные поступки ит. д.)

Продолжи, по окончании Д/З, следующие предложения:

Данное задание вызвало у меня чувство...

Сейчас, написав его, я думаю...

Написание данного домашнего задания мне дало...

**5. Как меняется моя личность, когда я нахожусь во власти зависимости?**

(что для меня характерно в период употребления?)

Нужно записать и дописать свои примеры. Примеров не менее 10 (конкретно, по форме)

Воровство, ложь, мат, манипуляции другими людьми, безответственность, вежливость, неопрятность, пунктуальность, хамство, агрессия, внимательность к другим людям, жадность, завистливость, мстительность, потребительское отношение к людям.

**6. Потери. 20 примеров, по 5 на каждую сферу**

Биологическая

Социальная

Психологическая

Духовная

**7. Границы безопасности.**

Границы устанавливаются с помощью баланса двух усилий: защиты себя, отторжения опасного или потенциально опасного, осознания себя отдельно от окружения — и стремления к взаимодействию, к общению, к знакомству, даже взаимопроникновению себя и окружения. Оба процесса важны. При отсутствии любого из них границы могут стать ущербными.

Кто в твоём окружении вызывает четкую реакцию отторжения — и никаких встреч? Оправданы ли эти реакции? Что в этих людях вызывает отторжение? Есть ли в них что-то помимо этого,

или Вам видна только явная опасность?

Кто в твоём окружении вызывает одновременно притяжение и отталкивание? Связано ли это с опасностью употребления? С тягой?

Что тебя привлекает? Что отталкивает? Как ты балансируешь?

Кто привлекает так, что опасность ощущается только после того, как встреча уже состоялась? А связано ли это с тягой и возможностью употребления? Или опасности вовсе никакой нет, и потому границы нет?

Считаешь ли ты границы с этими людьми здоровыми? Хотел бы что-то изменить сейчас или потом – в вашем взаимодействии?

Прописать конкретно:

Люди

Места

Ситуации, которые могут толкнуть вас на срыв.

Чувства

Модели поведения

Рекомендации

Можешь использовать следующую таблицу в качестве трафарета (табл.21)

<i>Вид границы</i>	<i>Опишишь ли границу</i>	<i>Как ты думаешь, почему они такие для тебя</i>	<i>Насколько они соответствовали и реальности, когда возникали?</i>	<i>Какие изменения границы ты рискнул бы изменить?</i>
<i>Физические (люди, прохожие, прикосновения, разговор)</i>				
<i>Эмоциональная открытость, откровенность</i>				
<i>Способность сказать «нет» без чувства вины</i>				

Таблица 21. Границы безопасности

8. Цели и планы на 3 мес.

9. Итоговая работа 1 этапа. По окончании лечения каждый реабилитант должен написать итоговую работу. В ней необходимо отметить, каким он пришел на отделение реабилитации, что в нем изменилось, с чем уходит.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 7. ПРИМЕРЫ КОНСПЕКТА ЛЕКЦИЙ**

**16 элементов психического здоровья по Н. Мак-Вильямс нашими дополнениями**

### **1. Способность любить**

Способность вовлекаться в отношения, открываться Другому человеку. Любить его таким, какой он есть: со всеми недостатками и достоинствами. Без идеализации и обесценивания. Это способность отдавать, а не брать. Это касается и родительской любви к детям, и партнерской любви между мужчиной и женщиной.

## **2. Способность работать**

Это касается не только профессии. Это в первую очередь о способности создавать и творить то, что ценно для человека, семьи, общества. Людям важно осознавать, что то, что они делают, имеет смысл и значение и для Других. Это способность приносить в мир что-то новое, творческий потенциал. Подростки часто испытывают сложность в этом.

## **3. Способность играть и понимать метафоры**

Здесь речь идет как о прямом смысле «игры» у детей, так и о способности взрослых людей «играть» словами, символами. Это возможность использовать метафоры, иносказания, юмор, символизировать свой опыт и получать от этого удовольствие. Молодые животные часто играют, используя телесный контакт, и это важно для их развития. При этом если животным не позволить играть один день, то на следующий день они будут играть с двойным усердием. Ученые проводят аналогию с людьми и делают вывод, что возможно, гиперактивность у детей — это следствие недостатка игры. Кроме того, в современном обществе наблюдается общая тенденция к тому, что мы перестаем играть. Наши игры из «активных» превращаются в «отстраненно-наблюдательные». Мы все меньше сами танцуем, поем, занимаемся спортом, больше проводим время on-line, что неминуемо приводит к дефициту в коммуникативной сфере.

## **4. Безопасные отношения**

К сожалению, нередко люди, обращающиеся в психотерапию, состоят в насильственных, угрожающих, зависимых — одним словом, нездоровых отношениях. Джон Боулби описал три типа привязанности: нормальную, тревожную (сложно выносить одиночество, поэтому человек «прилипает» к значимому объекту) и избегающую (человек может легко отпустить Другого, но при этом остается с колоссальной тревогой внутри). Впоследствии выделился еще один тип привязанности — дезорганизованный (D-тип): люди с этим типом привязанности часто реагируют на ухаживающего за ними человека как на источник одновременно тепла и страха. Это свойственно людям с погра-

ничным уровнем личностной организации, и часто наблюдается после насилия или отвержения в детстве. Такие люди «прилипают» к объекту привязанности и одновременно «кусают» его. К сожалению, нарушения привязанности – весьма распространенное явление. В ходе психотерапии привязанность можно заменить.

### **5. Автономия**

У людей, обращающихся в психотерапию, часто отмечается ее недостаток (но огромный потенциал, раз они в терапию все-таки пришли). Люди делают не то, чего на самом деле хотят. Они даже не успевают «выбрать» (прислушаться к себе), чего же им хотеть. При этом иллюзорно автономия может смещаться на другие области жизни. Например, пациенты, страдающие от анорексии, зачастую пытаются контролировать хоть что-то, что им кажется доступным, выбирая при этом вместо своих желаний собственный вес.

### **6. Постоянство себя и объекта**

Это способность оставаться в контакте со всеми сторонами собственного Я: как хорошими, так и плохими, как приятными, так и не вызывающими бурной радости. Это также способность чувствовать конфликты и при этом не расцепляться. Это контакт между ребенком, которым я был, тем, кто я есть сейчас, и той личностью, которой я буду через 10 лет. Это способность учитывать и интегрировать все, что дано природой и то, что я в себе сумел развить. Одним из нарушений этого пункта может быть «нападение» на собственное тело, когда оно бессознательно не воспринимается, как часть себя. Оно становится чем-то отдельным, что можно заставить голодать, резать, заполнять психоактивными веществами.

### **7. Способность восстанавливается после стресса**

Если у человека достаточно силы Эго, то, когда он сталкивается со стрессами, он не заболевает, не использует для выхода из него только одну ригидную защиту, не срывается. Он способен самым лучшим способом адаптироваться к новой ситуации.

### **8. Реалистичная и надежная самооценка**

Многие люди нереалистично и при этом слишком жестко оценивают себя, обладают критикующим суровым Супер-Эго (Родителем). Возможна и обратная ситуация — наоборот завышенная самооценка. Родители восхваляют детей, желая иметь все самое лучшее, в том числе и «лучших» детей. Но такая необоснованная похвала, лишенная в самой своей сути любви и тепла, вселяет в детей чувство пустоты. Они не понимают, кем являются на самом деле, и им кажется, будто никто их в действительности не знает. Они часто действуют, как будто имеют право на особое отношение к себе, хотя, по сути, не заработали этого.

### **9. Система ценностных ориентаций**

Важно, чтобы человек понимал этические нормы, их смысл, при этом был гибок в следовании им. В XIX веке говорили о «моральном безумии», что сейчас называют скорее антисоциальным расстройством личности. Это серьезная проблема, связанная с непониманием, нечувствованием человеком различных этических, моральных и ценностных норм и принципов. Для зависимых духовная пустота является важным симптомом-мишенью.

### **10. Способность выносить накал эмоций**

Выносить эмоции — значит уметь оставаться с ними, чувствовать их, при этом не действуя под их влиянием и не проявляя физической или аутоагрессии. Это также одновременная способность оставаться в контакте и с эмоциями, и с мыслями — своей Трезвой частью.

### **11. Рефлексия**

Способность оставаться эго-дистонным, умение посмотреть на себя как бы со стороны. Люди с рефлексией способны видеть, что именно является их проблемой, и соответственно, обходиться с ней таким образом, чтобы решить ее, максимально эффективно помогая себе.

### **12. Ментализация**

Обладая этой способностью люди способны понять, что Другие — это совершенно отдельные личности, со своими особен-



ностями, личностной и психологической структурой. Такие люди также видят разницу между тем, что они чувствуют себя обиженными после чьих-то слов и тем, что, на самом деле, Другой не хотел их обидеть. Обида скорее вызвана их личным, персональным опытом и личностными особенностями.

**13. Вариативность защитных механизмов и гибкость в их использовании.** Психически здоровый человек использует большую палитру защитных построений. Зависимый же чаще ограничен — отрицанием, проекцией, регрессией.

**14. Баланс между тем, что я делаю для себя и для своего окружения**

Это про возможность быть собой и заботиться о собственных интересах, учитывая при этом и интересы партнера, с которым есть отношения.

**15. Чувство витальности**

Способность быть и чувствовать себя живым. Экзистенциальный психотерапевт А. Лэнгле подчеркивает, что в жизни два крыла — радость и печаль могут сменять друг друга. Только так можно почувствовать биение жизни. Многие зависимости срываются, когда все слишком хорошо и наступает внутренняя омертвелость, за которой может придти срыв.

**16. Принятие того, что мы не можем изменить**

Это способность искренне и честно грустить, испытывать скорбь в связи с тем, что невозможно изменить. Принятие своей ограниченности и оплакивание того, чего бы нам хотелось иметь, но его у нас нет.

## **ПРИМЕРНЫЙ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИИ «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ»**

**Психологические защиты — это психологический механизм защиты Сознания от болезненных для него переживаний. Защиты с помощью защитного мышления искажают болезненную информацию так, чтобы Сознанию ее было легче воспринимать.**

Зависимого психологические защиты защищают от признания его зависимости, так как это признание крайне болезненно для него. Не признавая свою зависимость, человек не может прекратить употребление и начать выздоровление.

Психологические защиты действуют неосознанно, однако их можно проанализировать и изменить с помощью Сознания. Основные проявления психологических защит приведены в табл. 22, 23

<i>Защитное мышление</i>	<i>Что делает?</i>	<i>Как звучит</i>	<i>Как преодолевать</i>
Отрицание	Полное непризнание проблем употреблением	У меня никаких проблем с употреблением	Спросить обратную связь у людей, которым доверяешь
Минимизация	Преуменьшает величину проблемы	У меня не так уж много проблем с употреблением	Провести честный анализ потерь от употребления
Вытеснение	Признает проблемы, но забывает про них	Ой, я забыл, что мне нельзя! Ой, я забыл сделать что-то по выздоровлению!	Напоминать себе, план дня
Контроль	Признает проблему, но при этом думает, что справится с ней сам	У меня все под контролем! Я справлюсь сам, без помощи! Я могу употребить контролируемо!	Провести честный анализ случаев потери контроля
Проекция	Приписывание своих проблем другим	Это не я алкоголик (наркоман), это они! Это у них проблемы!	Искать в других людях отражение себя
Сравнение	Сравнение себя с людьми, чьи проблемы еще хуже	У меня не так все плохо, как у него!	Сравнивать себя с людьми, у которых дела лучше.
Фантазирование	Нереальные фантазии.	Я завтра брошу!	Возвращаться в «здесь и сейчас», делать «только сегодня»
Морализация	Вместо того, чтобы искать решение проблемы, осуждать себя	Я конченный алкоголик (наркоман)! Что я натворил, мне нет прощения (остается только употребить дальше)!	Отказ от чувств вины и стыда, принятие ответственности за решение проблем.
Резонерство	Рассуждательство вместо поиска решения, умные и туманные формулировки, долгие разговоры и т.д.	Только вместе взявшись за руки и вооружившись терпением и непредвзятостью мы сможем выиграть неравный бой с врагом...	Действия вместо слов
Рационализация	Оправдание проблем, поиск других причин	Я употребляю потому, что ... (жизнь, родные, начальство, обстоятельства и т.д.)	Поиск главной причины в своей зависимости
Замещение	Признание проблем, но одновременно поиск «более важных» проблем	Да я зависим, и с этим нужно что-то делать, но сначала нужно (заработать деньги, наладить дела в семье и т.д.)	Честный анализ того, как дальнейшее употребление влияет на другие «более важные проблемы». Признание зависимости самой важной проблемой на сегодня.
Засмеивание	Представление проблем в смешном свете	Ха-ха, у меня зависимость!	Отказ от шуток по поводу зависимости,

			признание «печальности» ситуации
--	--	--	--

Таблица 22. Проявления психологических защит

<i>Защита</i>	<i>Часть правды</i>	<i>Часть лжи</i>	<i>Опровержение лжи</i>	<i>Полная правда</i>
У меня нет проблем с алкоголем!	Не все проблемы моей жизни связаны с алкоголем	У меня не было ни одной проблемы в жизни, вызванной употреблением алкоголя	Я несколько раз впропивал зарплату, я попал в пьяные драки, меня из-за алкоголя бросила девушка, и т.д.	Много проблем в моей жизни вызвано употреблением алкоголя

Таблица 23. Анализ защитного мышления

Типичные фразы (мысли), по которым можно распознать отрицание болезни и выздоровления.

У меня еще не такой тяжёлый случай, как у других. Мне не опасно посещать места, где употребляют и (у меня не возникает там тяги). Безалкоголка ничем не повредит. Проблемы у других, а не у меня. У меня только психологическая зависимость, физиологической еще нет. Мне не нужно писать эти дневники, ведь другие выздоравливают и без них. Я завтра обязательно начну выздоравливать. Раз я не употребляю, у меня не должно быть эмоциональных всплесков. Если я употреблю только раз, это мне не повредит. Я могу встречаться со своими употребляющими друзьями, и не употреблять. Я уже достаточно знаю (сделал, выздоровел) для того, чтобы не сорваться. Если постараться, я смогу проконтролировать. Мне все должны помогать в моем выздоровлении. У меня есть более важные дела, чем выздоровление. Мои родные важнее моей трезвости. У меня нет времени заниматься выздоровлением. Я могу просто не употреблять. Выздоровление слишком сложно. А может я все же не зависимый, а просто был сложный период в жизни? Для того, чтобы не пить, достаточно просто не брать первую рюмку. Теперь мне предстоит серая, унылая, мрачная трезвая жизнь. ПАВ (алкоголь, наркотики) помогает справиться с эмоциональными проблемами. ПАВ помогает

## **ПРИМЕРНЫЙ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИИ «ВНУТРЕННИЙ РЕБЁНОК»**

Многие психотерапевты пришли к выводу, что работа с внутренним ребенком – самое эффективное средство для исцеления обид прошлых лет. Мы не всегда позволяем внутреннему ребенку делиться с нами тем, что он чувствует. Если наше детство было полно страха и столкновений, то мы, повзрослев, уже не можем отказаться от прежней модели поведения. Поэтому время от времени мы сами мысленно «бьем себя по щекам». Вернее, не себя, а своего внутреннего ребенка. В таблице 22 описаны основные группы дисфункциональных схем, связанных с «внутренним ребенком». В отличие от обыкновенного ребенка, он не может сбежать из дому и таким образом избавиться от наказания. Вам нужно преодолеть свою ограниченность как родителя. Постарайтесь наладить отношения с маленьким растерянным существом внутри вас. Ему необходимо верить в то, что вы к нему не безразличны.

В этом плане внедрение схема-терапии, третьей волны когнитивно-поведенческой психотерапии, в реабилитационный процесс оказалось весьма полезным для изучения формирования структуры «зависимого Я» и возможности в кратчайшие сроки научиться понимать как «зависимая часть» их личности способствует личной и социальной неуправляемости. Как известно, «дефекты характера» возникают в результате блокировки потребностей и дефектов воспитания в детстве – отсюда появление таких режимов или субличностей как «брошенный ребенок», «разозленный ребенок», «импульсивный ребенок», «недисциплинированный ребенок».

Я-состояние «брошенный ребенок» включает в себя защитный процесс интроекции, «разозленный ребенок» – самостабилизацию за счет защитного процесса проекции. Лица с пограничным расстройством личности переключаются между состояниями

«брошенный ребенок» и «разозленный ребенок» — таким образом активно реализуют защитный процесс расщепления.

Защита «детских» и «родительских» режимов осуществляется через дисфункциональные режимы совладания, причем чаще это не один, а несколько или перебор защитных построений. Так в одних случаях это может быть изоляция в своей квартире от группы социальной поддержки, в последующем самоповреждение, быстрая езда на автомобиле, употребление ПАВ или использование депрессивной симптоматики как вторичной выгоды симптома, чтобы избежать ответственности. Обращение к психиатрам в такой период приводит к назначению различных фармакологических средств и, если человек еще не был зависим от ПАВ, — создаются идеальные условия для формирования такой зависимости.

Дисфункциональные родительские режимы «требовательный родитель», «карающий родитель» могут быть направлены как на самого пациента (например, самоповреждения), так и вовне. «Саморазрушительное мышление», «внутренний модус наказания» реализует защитный процесс идентификации с агрессором, который трансформирует наносящие вред мысли и переживания значимого человека в собственные разрушительные мысли и чувства.

Если вы хотите, чтобы ваша жизнь была яркой и полной впечатлений, нужно наладить контакт со своим Внутренним ребенком. Он научит вас быть радостным и непосредственным. Это та часть нашей личности, которой требуется от нас защита, поддержка и поощрение. Психологи рекомендуют наладить контакт с этой стороной своей личности, спросить себя о своих истинных желаниях.

Вот что советует Луиза Хей, автор книги «Исцели свое тело»: «Начните с легких вопросов: Что я могу сделать, чтобы ты был счастлив? Чего тебе хочется сегодня? К примеру, ребенку можно сказать: „Я хочу побегать трусцой“, а он ответит: „Бежим на берег“. Связь обязательно наладится. Проявите упорство. Если удастся, попытайтесь обращаться к ребенку по несколько раз

в день, и вы увидите, что жизнь стала намного лучше».

Мод Норвальд Поллок в своей книге «От сердца через руки» описывает «Внутреннего ребенка» следующим образом:

«Внутренний ребенок — это символ личного Эго, если эта часть не интегрирована у нас, это создает хаос в способности к здоровому мышлению, будет проецировать свою незащищенность на других и весь мир, создавая проблемы в том, что далеко от действительности. Работа над принятием и интеграцией всех аспектов внутреннего дитя — это важный шаг к свободе от зависимости чувств, к ментальному и духовному росту».

В каждом из нас живет и по сей день наш «Внутренний ребенок», потому что наша память хранит в себе все до мельчайших подробностей о нашем детстве. Все, что мы есть сейчас берет начало в нашем детстве. И на мир мы смотрим глазами своего «Внутреннего ребенка».

Наш «Внутренний ребенок» — это уязвимая и чувствительная часть нашей души, а также естественность, которую с годами — по мере взросления — мы теряем, проживая свою жизнь в услужении у неких навязанных паттернов поведения, чужих схем воспитания и норм.

Были ли вы желанным ребенком? Действительно ли ваши родители были рады вашему появлению на свет? Восхищались ли они вашей сексуальностью или были против нее? Чувствовали ли вы, что в вас нуждаются? Было ли для родителей праздником ваше возвращение после отлучек? Какими бы ни были ваши ответы, примите сейчас внутреннего ребенка с радостью. Устройте ему праздник. Скажите ему самые чудесные вещи, которые вы сказали бы крошечному существу при его вступлении в новую жизнь.

Что вы всегда хотели услышать от ваших родителей? Было ли так, что они никогда вам этого не говорили? Ничего страшного, если нет. Скажите это теперь ребенку внутри вас. Говорите ему слова любви; делайте это каждый день в течение месяца — и увидите, что произойдет.

Убеждения, приобретенные вами в детстве, по-прежнему

живут в вашем внутреннем ребенке.

Если у ваших родителей была жесткая система жизненных ценностей, и вы сами проявляете по отношению к себе излишнюю суровость или склонны к возведению вокруг себя непроницаемой стены, то ваш внутренний ребенок все еще следует родительским канонам. Если вы продолжаете мучить себя из-за каждой ошибки, то вашему внутреннему ребенку очень страшно просыпаться по утрам («За что на меня будут кричать сегодня?»).

Описание архетипов **Раненого ребенка**: боится, тревожится, старается, угождает взрослым, страдает, делает все для своей безопасности, все время пытается соответствовать кому-то, пытается понравиться, бунтует, удерживает, прячется, ощущает свою малость, незначительность, неспособность справиться.

**Здоровый ребенок**: радуется, удивляется новому, проявляет спонтанность и активность, верит в чудо, творит, проявляется, любознателен и говорит, что думает.

Психоаналитический термин «Внутренний Ребенок» традиционно связывают с именем Карла Густава Юнга.

Один из важных архетипов в его учении – Архетип «Внутреннего Ребенка», воплощающий в себе жизненные силы, потенциалы, пути и возможности, которые не доступны логическому пониманию. Ученый обратил внимание на то, что в мифах и сказках Ребенку нередко отводится роль спасителя. Точно так же в жизни любого взрослого человека наступает период, когда он вынужден обратиться к собственным детским переживаниями и спасти свое настоящее. Работа с Внутренним Ребенком – это не столько возвращение в прошлое, сколько выстраивание своего будущего. Признать и освободить своего Ребенка – означает признать и раскрыть свою внутреннюю сущность, спонтанность, творческий потенциал.

Ложная сущность, или Раненый Ребенок – то, чем мы научились прикрываться. Это наша реакция приспособления, стратегия выживания. Но, когда-то угождая социуму и родителям, мы начали притворяться, и потом так привыкли, что разучились быть естественными. Раненый Ребенок может быть излишне



агрессивен и упрям, а может быть пассивен и равнодушен. Он постоянно ждет подвоха и готов приспособиться к любым условиям — только дайте знать, каким вы хотите меня видеть?! Он верит в то, что недостаточно хорош, и пытается стать лучше всеми силами. Все ради того, чтобы добиться любви. В свою очередь, он го-тов сам любить только при условии. Раненый Ребенок скрывает, прячет или отрицает свои чувства. Он завистлив, критичен, стыдлив, стремится обвинять и испытывает боль одиночества. Его приучили, что ценен только результат, и он научился радоваться процессу. В той или иной степени Раненый Ребенок присутствует в каждом из нас и проявляется чаще, чем мы думаем. Иногда он настолько овладевает нашей жизнью, что мы перестаем совершать взрослые поступки и нести ответственность. Или, на-против, превращаем всю свою жизнь в рутинное, серьезное мероприятие, не позволяя себе расслабляться и получать удовольствие — «назло врагам, на радость маме».

А начинается все со стремления взрослых подогнать ребенка под какой-нибудь стандарт, который в их представлении является правильным. Травмы детства оставляют глубокие раны. Они неизбежны, даже если наши родители искренне любили нас и дарили свою заботу и внимание. Но они, в свою очередь, тоже несли в себе своего Раненого Ребенка и неизбежно причиняли нам боль.

Э. Берн выделяет следующие три составляющие личности человека, которые обуславливают характер общения между людьми: родительское, взрослое, детское.

Родительское (Родитель — Р), которое подразделяется на заботливое родительское состояние Я, критическое родительское состояние Я. Родительское Я, состоящее из правил поведения, норм, позволяет индивиду успешно ориентироваться в стандартных ситуациях, «запускает» полезные, проверенные стереотипы поведения, освобождая сознание от загроможденности простыми, обыденными задачами. Кроме того, Родительское Я обеспечивает с большой вероятностью успеха поведение в ситуациях дефицита времени на размышления, анализ, поочередное рассмотре-

ние возможностей поведения.

Взрослое (Взрослый — В) состояние Я воспринимает и перерабатывает логическую составляющую информации, принимает решения преимущественно обдуманно и без эмоций, проверяя их реальность. Взрослое Я, в отличие от Родительского, способствует адаптации не в стандартных, однозначных ситуациях, а уникальных, требующих размышлений, дающих свободу выбора и, вместе с этим, необходимость осознания последствий и ответственного принятия решений.

Детское (Дитя — Д, или Ребенок) состояние Я следует жизненному принципу чувств. На поведение в настоящем влияют чувства из детства. Детское Я также выполняет свои, особые функции, не свойственные двум другим составляющими личности. Оно «отвечает» за творчество, оригинальность, разрядку напряжения, получение приятных, иногда «острых», необходимых в определенной степени для нормальной жизнедеятельности впечатлений. Кроме того, Детское Я выступает на сцену, когда человек не чувствует достаточно сил для самостоятельного решения проблем: не способен преодолеть трудности или/и противостоять давлению другого человека. Это Я подразделяется на: естественное детское Я (спонтанные реакции типа радости, печали и т.д.), приспособляющееся детское Я (приспособляющийся, прислуживающийся, боязливый, виноватый, колеблющийся и т.п.), возражающее детское Я.

### **Инстанции Я и типичные способы поведения и высказывания**

#### **Родитель**

##### **Заботливый родитель**

Утешает, исправляет, помогает

«Это мы сделаем» «Не бойся» «Мы все тебе поможем»

##### **Критический родитель**

Грозит, критикует, приказывает «Опять ты опаздал на работу?» «У каждого на столе должен быть график!»

##### **Взрослый**

Собирает и дает информацию, оценит вероятность, прини-

мает решения «Который час?» «У кого же может быть это письмо?» «Эту проблему мы решим в группе»

### **Ребенок**

#### **Спонтанный ребенок**

Естественное, имульсивное, хитрое, эгоцентричное поведение «Это дурацкое письмо у меня уже третий раз на столе» «Вы это сделали просто замечательно!»

Приспосабливающийся ребенок

Беспомощное, боязливое, приспособляющееся к нормам, уступчивое поведение

«Я бы с радостью, но у нас будут неприятности»

#### **Бунтующий ребенок**

Протестующее, бросающее вызов поведение

«Я это делать не буду!» «Вы этого сделать не сможете»

Каждое из состояний Я выполняет определенные функции и вследствие этого является жизненно необходимым. Дисгармонии, нарушения общения связаны либо с подавлением одного из них, либо с проявлением в тех ситуациях, которые оно не должно контролировать. Психотерапия, по Э. Берну, должна осуществляться именно в этом направлении.: «оживлять» подавленное Я-состояние или обучать актуализации определенного Я-состояния в тех случаях, когда это необходимо для гармоничного общения.

Для оптимального функционирования личности, с точки зрения трансактного анализа, необходимо, чтобы в личности были гармонично представлены все три состояния Я. Каковы отрицательные последствия подавления «Внутреннего Ребенка»?

Когда как взрослые, мы хотим подавить память, потребности и желания «Внутреннего

Ребенка», мы рискуем:

Никогда не узнать, как чувствовать себя нормально

Никогда не узнать, как играть и забавляться

Никогда не узнать, как расслабляться и управлять напряжением

Никогда не узнать, как ценить жизнь.

Принимать себя слишком серьезно

Ощущать себя виновным по тому, что Мы не «достаточно хороши», заставляя себя работать тяжелее, чтобы быть «достаточно хорошим»

Стать трудоголиками

Не иметь нашей семейной жизни с нашими детьми

Относиться с подозрением к людям, которые наслаждаются жизнью, развлекаются и знают, как играть

Социальной изоляцией, из-за страха связаться с другими людьми, опасаясь, что нас найдут неадекватными, ненормальными, или неподходящими.

Исцеление наших отношений с «Внутренним ребенком» является важнейшим шагом нашего путешествия к осознанию. Как только мы откроем нашего внутреннего ребенка и заключим его в объятия, мы откроем дверь к нашей душе. Таким образом, наша связь с «Внутренним ребенком» является источником нашего вдохновения и душевного здоровья.

## **КАК БЕСЕДОВАТЬ СО СВОИМ ВНУТРЕННИМ РЕБЕНКОМ**

1. Уединитесь в спокойном и тихом месте. Дышите глубоко, погрузитесь в тот прекрасный уголок своего разума, где царит безмятежность.

2. Продумайте и произнесите вслух намерение получше узнать и найти своего Внутреннего Ребенка.

3. Задавая вопросы, пишите своей «рабочей» рукой.

4. Записывая ответы Ребенка, пользуйтесь другой, «нерабочей» рукой.

5. Спросите у Ребенка, как его зовут и попросите нарисовать самого себя. Не торопитесь, дайте ему время. И не смейтесь! Проявляйте к нему такие же любовь и терпение, какие питаете к собственным детям.

6. Задайте другие вопросы (см. выше)

7. Задайте заключительный вопрос («Не хочешь ли сказать

мне еще что-нибудь?») и поблагодарите Ребенка за то, что он откликнулся и побеседовал с вами.

8. Скажите ему, что очень скоро опять поговорите с ним.

Теперь, когда вы нашли Ребенка и вступили с ним в разговор, пришла пора установить с ним те взаимоотношения, которых Вы всегда хотели. Это и есть «перевоспитание» или, продолжая наше сравнение с кислородной маской в самолете, — «надевание маски».

Но что, собственно, это такое? Все очень просто: это выяснение идеального подхода к воспитанию вашего Внутреннего Ребенка. Иначе говоря, поиск того подхода, о котором Вы сами мечтали в детстве: то, как должны были бы вести себя Ваши «идеальные родители». Идеальные родители всегда выслушают, не откажутся с тобой поиграть, расскажут две сказки вместо положенной одной — и выкажут свое уважение к ребенку тем, что не пожалеют времени на задушевный разговор.

Разумеется, есть и многое другое, но главное — сменить «заезженную пластинку», то есть стереотипы поведения, которые делают родителей «критичными» или «властными». Вся прелесть в том, что сейчас Вы уже сами стали взрослыми! Иными словами, Вы уже разобрались со всем тем, чему так трудно было научиться в детстве. И это существенно упрощает процесс. Упражнения — советы

Что нужно делать в начале «повторного воспитания»? Вот несколько советов:

1. Общайтесь с Малышом «Внутри» столько, сколько ему захочется.

2. Перепачкайтесь! Да-да, в буквальном смысле! Поиграйте в грязи. Посадите что-нибудь в саду. Нарисуйте красками что-то веселенькое и глупое. Главное, не пытайтесь придерживать привычных рамок и условностей.

3. Пойте, танцуйте, играйте на музыкальных инструментах, займитесь чем-нибудь творческим.

4. Сходите на танцы! Не умеете танцевать? Тем лучше! Двигайтесь как хотите и не бойтесь показаться смешными. Никто

не подумает, что Вы со странностями, если увидит, что Вы просто резвитесь вовсю. Наоборот, Вам только позавидуют!

5. Не удивляйтесь, если встретите других таких же взрослых Детей. И, если удастся, — поиграйте вместе!

6. Время от времени разрешайте своему Внутреннему Ребенку самому выбрать, что на себя надеть (точно-точно, самое время поносить те дурацкие шортики, что вы купили когда-то).

Фильм Малыш с Брюсом Уиллисом

Все, о чем мы говорили выше, прекрасно отражено в диснеевском фильме «Малыш» с Брюсом Уиллисом. Взрослый Брюс Уиллис неожиданно встречается на пороге своего дома со своим Внутренним Ребенком. Затем разворачивается процесс — герой Брюса лучше узнает этого Ребенка и начинает прислушиваться к нему. Он быстро понимает, что это не так-то легко, но когда Ребенок наконец-то сливается с его душой, происходит переоценка прошлого, перемена в его восприятии, что, разумеется, оказывает большое влияние и на настоящее. Из «критически настроенного» отца герой Брюса Уиллиса постепенно превращается в отца настоящего. Хотя фильм этот содержит фантастические элементы, в основе его лежит глубокая и правильная аналогия с концепцией Внутреннего Ребенка. Как Вы можете лелеять вашего «Внутреннего Ребенка»?

## **ВЫ МОЖЕТЕ СКАЗАТЬ ВАШЕМУ «ВНУТРЕННЕМУ РЕБЕНКУ», ЧТО ЭТО НОРМАЛЬНО**

Иметь свободу делать выбор для себя

Быть «эгоистичным» и делать вещи, которые Ты хочешь сделать

Не торопиться с тем, чтобы сделать вещи, которые Ты хочешь сделать

Общаться только с теми людьми, с которыми Ты хочешь связываться

Принимать некоторых людей и избегать других

Дарить, и принимать любовь от других

Позволять кому-то беспокоиться о Тебе  
Наслаждаться плодами твоего труда без чувств вины  
Найти время, чтобы «поиграть» и «развлечься» каждый день  
Не быть столь «серьезным/ой», напряженным/ой, и несгиба-  
емым/ой в отношении жизни

Устанавливать пределы относительно того, как Ты собира-  
ешься общаться с другими

Не всегда «служить» другим

Принять то, что другие «служат» Тебе

Отвечать за свою жизнь и не позволять другим дикто-  
вать Тебе

Быть честным с другими о ваших мыслях и чувствах

Рисковать и переносить положительные или отрицательные  
последствия рисков

Делать ошибки, посмеяться над ними и продолжить

Позволить Твоему воображению и творческому потенциалу  
быть освобожденным и взлететь вместе с орлами

Плакать, огорчаться и чувствовать боль, когда Ты делишься  
своими чувства с другими; не подавлять их

Быть сердитым, выражать гнев, и использовать Твой гнев  
для некоторого решения

Принимать решения непосредственно для вас

Решать проблемы и придумывать решения, с которыми  
не каждый, возможно, соглашается

Чувствовать счастье, радость, волнение, удовольствие,  
и волнение Твоего существования

Чувствовать себя плохо, грустным, беспокоящимся, опроки-  
нутым и волнуемым, когда Ты делишься чувствами с другими

Любить и быть любимым тем, кого Ты лелеешь Особенности  
внутреннего Ребенка

Мало принимать теоретически внутреннего Ребенка (и ре-  
ального, в том числе) — «это ребенок, это мой ребенок».

Столь же важно осознавать — в чем именно его особенность  
заключается?

Может быть, он склонен к депрессиям и важно давать ему

время, возможность и грустить от души и обращать его внимание на то, что «солнышко светит и будет светить, еще можно поиграть, ты можешь порадоваться чему-нибудь, если хочешь» — без желания быстрее изменить, «убрать» его грусть, как «плохую» и «неправильную».

Может быть, он склонен брать на себя больше (желая заслужить любовь или одобрение мама/папы из «там и тогда»), чем ему нужно. И, надрываясь, естественным образом останавливается на полпути, теряя энергию, интерес к занятию (даже тому, которое изначально его увлекало).

Осознавая эту привычку в себе, задавать внутреннему Ребенку вопрос: «ты сейчас много взял чего-то лишнего? Я слышу, что у тебя нет энергии, пропал интерес, ты не хочешь больше этим заниматься. Может быть, что-нибудь выплунешь, из тяжелого, для тебя лишнего — чтобы стало легче играть (действовать)?»

Может быть, он недоверчив, закрыт, осторожен и, принимая эту его черту, помнить, осознавать: у него есть (для него веские) причины в его личной истории (нами прожитой «там и тогда») быть именно таким — и никаким иным, чем он есть сейчас.

Осознавая этот момент — организовать для себя при необходимости очную, заочную консультацию с психологом, чтобы для себя осознавать яснее: что стоит за этим проявлением, какая неудовлетворенная до сих пор потребность нашего внутреннего Ребенка до сих пор обслуживается именно этим проявлением, поведением.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 8.ПРОЩЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ**

Вы вышли из дома. Теплый, чуть пасмурный осенний день. Накрапывает мелкий, морозящий дождь... Вы идете под этим дождем и не замечаете его. Вы не замечаете людей, которые идут Вам на встречу... Сегодня Вам грустно... Дождь... Мокрый асфальт... Прохожие... И Вы с грустью... с неясными воспоминаниями...



Вы идете по улицам, не замечая, куда вы идете. Дальше... дальше... Дождь... Люди... Крик улетающих птиц...

Вы понимаете, что заблудились... Вы на незнакомой улице. Дома... Вы останавливаетесь перед 2-этажным домом. Что-то до боли знакомое кажется Вам в нем. Почему-то щемит сердце. Что-то до боли знакомое кажется Вам в нем. Почему-то щемит сердце. Что-то заставляет Вас подойти к двери, открыть ее и войти внутрь...

Как знакомо хлопнула дверь... Вы идете по этому коридору... Вдруг вы видите дверь с Вашим именем... Останавливаетесь в небольшом раздумье... открываете... и входите...

В комнате царит полумрак. Вы присматриваетесь и видите кресло. Садитесь в него. Оглядываетесь, прислушиваетесь... Знакомые звуки... Рядом с креслом вы видите ящик с игрушками. Вы начинаете их механически перебирать... и вдруг осознаете, что это Ваши игрушки. Игрушки из Вашего детства. Зайка с оторванным ухом, медвежонок, измазанный кашей, колесико от любимой машинки, мячик, кукла... Вы достаете из ящика свою самую любимую игрушку и начинаете вспоминать...

Вы слышите голос мамы. Но не ласковый, а сердитый, недовольный. Вы слышите ее жесткий тон... Вы ощущаете все свое одиночество, ощущаете каждой клеточкой эту горечь... Боль... Обиду... Вы слышите, как мама говорит эти несправедливые слова и уходит... Она, Ваша мама – уходит, оставляет Вас один на один с этой болью... Вы чувствуете все свое одиночество... и слезы подступают к горлу, к глазам... Вы плачете от боли и обиды... Ваша мама... как она могла быть так несправедлива с Вами. Почему не выслушала, не захотела понять?...

Вы возвращаетесь из этих горьких воспоминаний в комнату. Еще больно, еще обидно... Вы поднимаете глаза, а мама сидит напротив и смотрит на Вас. Она смотрит на Вас любящими, добрыми, уставшими глазами. Ваша мама. Поседевшая, милая мама. И Вы понимаете, как нужно ей Ваше прощение... Ей тоже больно... Вы подходите к ней и говорите: «Я люблю тебя мама. Я прощаю тебя... И ты прости меня, если я вольно или невольно сде-

лал тебе больно» и посмотрите, Как светлеет лицо Вашей мамы, как расправляются морщинки на ее лице. Кокой добротой и любовью светятся ее глаза... И мама уходит...

А Вы берете из ящика другую игрушку, и перед глазами встает другая ситуация... Ваш отец. Вспомните, как было больно, когда он не выслушал Вас, бросил, ушел, не похвалил на конкурсе, не дал совета... Вы помните, чувствуете эту нелюбовь, обиду, горечь... и Вы в ситуации: маленький, брошенный, быть может, испуганный... и нет того, кто защитит, поддержит...

Или может быть отец кричит на Вас, может быть он ударил Вас... страдание... Обида... Все это в Вас. И Вы с этим чувством одиночества возвращаетесь из воспоминаний в комнату, Вы прижимаете к себе свою игрушку... и чувствуете, что кто-то стоит рядом. Поднимаете голову... Оборачиваетесь... — Это Ваш отец: поседевший, уставший, с опущенными плечами... В его глазах боль, усталость... и... мольба... Ему так нужно Ваше прощение... Ему так нужно Ваше понимание, Ваша любовь...

Вы встаете, подходите к своему отцу, заглядываете в его глаза и говорите, что прощаете его. Вы говорите: «Я прощаю тебя, папа. Я люблю тебя» ... И Вы видит, как светлеют его глаза, как распрямляются его плечи... И Вы чувствуете, как со словами уходят боль, обида, ненависть, злоба, «Я простил тебя, папа. И ты прости меня, если я вольно или невольно причинил тебе боль». И отец улыбается Вам. Улыбается и уходит.

Вы в комнате... Смотрите на свои игрушки — игрушки детства. И начинаете складывать их в коробку: зайка с оторванным ухом, мишка, измазанный кашей. Колесико от любимой машинки... У каждого свое. Но при этом грусть Ваша стала светлой. Вы простили и попросили прощения. Вы оставили этот груз обид... Не надо больше искать убежища в полумраке комнаты. Вы подходите к окну, отдергиваете занавеску. Дождь закончился, в окно льется солнечный свет. Вы оставляете комнату, с легким сердцем идете по коридору к выходу...

Слева перед дверью Вы замечаете зеркало. Вы останавливаетесь, смотрите и видите глаза.... Как они похожи на те глаза,

что Вы видели, только что в той комнате. Вы видите в них ту же любовь, доброту, усталость... Вы смотрите этими глазами на своих родных... на своих близких... на своих детей (ведь, быть может, Вы уже сами родитель). И попросите у них всех прощения, ведь, возможно, и Вы были к ним несправедливы. Скажите: «Я люблю вас! И если я вольно или невольно обидел вас, простите меня!»

— А теперь посмотрите вдаль, в будущее... Как оно расширяется: внуки, правнуки...

— Что бы вы им пожелали. Что бы вы могли им сказать...

— И теперь послушайте их, свое будущее поколение, если бы они могли говорить, чтобы они вам сказали...

— И теперь подумайте, каким Вам надо быть, чтобы Ваше будущее было совершенным?

— И как Ваши действия отразятся на Ваших детях, внуках, правнуках.

— Вы в точке отсчета!

— Задайте себе вопросы: Какой смысл моей жизни, мое предназначение?

Как я должен жить?...

— Теперь я знаю, в каком направлении я двигаюсь, я знаю, чего хочу.

Вы обновленный, светлый, радостный.

И с этим новым пониманием, с этой мудростью, я знаю, что мне надо делать, чтобы все было благополучно и правильно. И Вы несете эту любовь! Идете и радуетесь! Вы живете в этом мире!

И с этой любовью, с этой легкостью, Вы выходите на улицу. Солнце... Вам радостно. Вы идете по улицам, и люди улыбаются Вам. И Вы несете всем свою любовь... Вы идете, радуетесь... Вы живёте... Проходите по улицам, возвращаетесь к знакомым домам...

## ТЕХНИКА ПРОЩЕНИЯ ПО МАРГАРИТЕ МУРАХОВСКОЙ

Представьте, что вы идете по проселочной дороге. Вокруг цветочный луг. Дорога разделяет огромное поле, осыпанное прекрасными полевыми цветами. Вы слышите жужжание насекомых, пение жаворонок в высоком небе. Вам дышится легко и спокойно. Вы не спеша двигаетесь по дороге. Навстречу вам идет какой-то человек. И чем ближе он к вам приближается, тем больше вы начинаете понимать, что это ваш отец. Это ваш папа, только в молодости. Вы подходите к нему, берете его за руки и говорите: «Здравствуй, папочка. Прости меня, пожалуйста, за то, что я не был (а) таким, как тебе хотелось. Спасибо тебе за все, за то, что было и чего не было. Папочка, я очень сильно тебя люблю. Я прощаю тебя за все. Я прощаю тебя за то, что ты не был рядом, когда мне тебя так не хватало. Я прощаю тебя. Ты мне ничего не должен. Ты свободен». Вы начинаете замечать, как ваш отец превращается в маленького ребенка. Ему около 3 лет. Вы смотрите на этого малыша, и вам хочется взять его на ручки, прижать нежно к себе и сказать: «Я люблю тебя. Я очень сильно люблю тебя». Маленький ребенок превращается в крошечного, он помещается у вас на ладони. Вы с нежностью и любовью помещаете его в свое сердце, в свою душу. Там, где будет ему комфортно и спокойно. Вы делаете глубокий вдох и выдох и идете дальше. Навстречу вам идет какой-то человек. И чем ближе он к вам приближается, тем больше вы начинаете понимать, что это ваша мама, только в молодости. Ей сейчас столько лет, во сколько она вас родила. Вы подходите к ней и беря ее за руки говорите: «Здравствуй, мамочка. Прости меня, пожалуйста, за все, за то, что делала тебе иногда больно. Прости за то, что не оправдала твоих ожиданий. И я прощаю тебя за все. За то, что было и чего не было. Прощаю за то, что когда я так нуждалась в твоей поддержке, тебя не было рядом. Я прощаю тебя с любовью. Теперь ты свободна. Спасибо тебе за все, за то, что благодаря тебе, я появилась на свет. Спасибо за неж-

ность и заботу» Вы начинаете замечать, как ваша мама превращается в маленькую девочку 3 лет. Она стоит перед вами. Вы берете ее на ручки, прижимаете нежно к себе и говорите: «Я очень тебя люблю. Ты самая близкая и дорогая». Она становится такой крошечной, что помещается у вас на ладонке. Вы садите ее в свое сердце, в свою душу. Там, где ей будет тепло и комфортно. Вы делаете глубокий вдох и выдох и двигайтесь дальше. Вдалеке вы видите фигуру какого-то человека. И чем ближе вы подходите, тем больше вы начинаете понимать, что это вы сами. Вы смотрите на себя и говорите: «Ну, здравствуй. Прости меня, пожалуйста, за все. За то, что вечно тебя оцениваю. Я на самом деле очень тебя люблю. Ты самый близкий и родной для меня человек». Вы начинаете замечать, как человек, который стоит перед вами, становится трехлетним малышом. Вы берете его на ручки, прижимаете к себе, говорите: «ты же знаешь, я люблю тебя, я очень сильно люблю тебя». Этот чудесный ребенок становится совсем маленьким, он помещается на вашей ладонке. Вы помещаете его в свое сердце, в свою душу, в свой внутренний мир. Теперь ваш внутренний ребенок, внутренний родитель, внутренний взрослый вместе с вами. Эти части помогают вам жить и действовать эффективно. Вы снова идете по проселочной дороге. Вам дышится легко и свободно. У вас спокойно на душе. И теперь в вашей жизни все будет по другому, потому что вы другой. Вы наполнены любовью к себе и ваши части гармоничны. Сделайте глубокий вдох и выдох и откройте глаза.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 9. ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ ВЫПУСКНЫХ РАБОТ ДЛЯ РЕАБИЛИТАНТОВ**

В процессе реабилитации у пациентов происходят изменения, которые выражаются в отсутствии выраженного влечения к наркотическому средству, участием в общественно-полезной деятельности (учеба, работа), стремлении к личностному благополучию, нормализации морально-этических установок.

Группа однотипных больных является источником многих,

значимых для реабилитанта, обратных связей, она дает возможность увидеть реакцию других людей на собственные проявления, и, возможно, изменить свое представление о себе по направлению большей социальной адаптации. Роль обратной связи, таким образом, заключается, прежде всего, в том, что она является главным источником знаний реабилитанта о самом себе, а, кроме того, побуждает его к тому процессу, который обозначается как самопознание.

Выпуск — ответственная и важная часть реабилитации. Он нацелен на подведение итогов кропотливой работы по изучению себя, причины зависимости от психоактивных веществ, потери самоуважения. На экзамене участнику проекта предлагается защитить выпускную творческую работу. Выбор темы осуществляется по согласованию с дежурным консультантом и научным руководителем проекта. Пациенты нередко волнуются перед данной процедурой, поэтому лучше избегать таких слов как экзамен, выпуск, а подчеркивать творческий характер этой процедуры, стимулируя креативность и спонтанность. Работа защищается перед участниками проекта, реабилитационной командой и гостями. Время на сообщение 5 минут. Затем реабилитанту могут быть заданы любые вопросы: как по его выступлению, так и по различным проблемам его личности и общения в период и после реабилитации. Выпускник в своем заключительном слове может поблагодарить тех участников проекта, которые оказали наибольшее влияние на процесс его выздоровления. Кроме свободного изложения и анализа пребывания в реабилитационном центре могут быть предложены структурированные темы.

1. Письмо к наркотику.
2. Я и мои границы.
3. Как я победил обиду (гнев, ревность, страх)
4. Я и мои родители.
5. Свобода и ответственность.
6. Реабилитация — восстановление Я.

7. Мои жизненные планы.
8. Наркотик и взрослость.
9. Что удерживает меня в «детском» состоянии.
10. Мои сильные стороны (ресурсы).
11. Что приводит к срыву?
12. Взгляд на мою проблему со стороны.
13. Мои слабые стороны.
14. Я хочу... Я могу... Я буду...
15. Нашел ли я смысл в жизни?
16. Мои жизненные ценности.
17. Двадцать способов получения удовольствия не зависимо от другого человека.
18. Где и как я могу реализовать себя.
19. Зависимость от наркотиков – зависимость от родителей – зависимость от партнера.
20. Выбор и ответственность.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 10. СЕМЕЙНЫЙ ДОГОВОР**

### **Фамилия, имя участника**

#### **Права Участника:**

1. Обращаться за помощью к специалистам при возникновении проблем в семейных отношениях

Не вступать в разговор с родственниками при подавленном эмоциональном состоянии

#### **2. Права родственников**

2.1 Контроль трезвости через тестирование. Отказ Участника от тестирования означает подтверждение употребления психоактивных веществ **(ПАВ)**.

2.2 Охранять свое имущество от несанкционированных действий Участника.

#### **3. Обязанности Участника**

Не потреблять алкоголь, наркотики, энергетические напитки, кофе и крепкий чай – потреблять умеренно.

Соблюдать рекомендации специалистов Реабилитационного

центра (РЦ)

Посещать Реабилитационный центр для консультации со специалистами, собрания Анонимных Наркоманов (АН) (Анонимных Алкоголиков (АА)) согласно рекомендациям, 90 дней 90 собраний.

Стирать собственную одежду и белье.

Совершать уборку в квартире, мыть посуду, соблюдать чистоту и порядок согласно договоренности с арендаторами квартиры.

Не вступать ни в какие контакты (телефон, интернет, личный контакт) с активными потребителями ПАВ.

Сообщать родственникам: где и с кем находится, при не отвеченном вызове максимально быстро перезвонить.

Не приводить в съемную квартиру посторонних людей.

После трудоустройства сообщать родственникам о своем доходе. При этом сумма будет использоваться для нужд участника, освобождая родителей от финансирования.

#### **4. Обязанности родственников.**

Соблюдать рекомендации специалистов РЦ

Предоставлять квартиру (комнату) для проживания Участника

Обеспечивать проезд Участника до РЦ, АН (АА) и обратно.

Обеспечивать Участника едой.

При возникновении проблем с Участником, обращаться в РЦ.

Не упрекать Участника в прошлых поступках.

Оплачивать консультации психолога.

#### **5. Ответственность сторон**

При нарушении Участником своих обязательств и рекомендаций специалистов Родственники имеют право:

Лишить Участника поощрений.

Лишить Участника материальной поддержки.

В случае срыва участник возвращается в РБ «Центр Бехтерев»

#### **Поощрения Участника**



ДОГОВОР действителен до  
Специалист Центра  
Участник  
Родственники

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 11. ТИПЫ ВОПРОСОВ ПРИ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ**

В работе над типичной проблемой полезно задать пациенту серию вопросов для прояснения имеющихся трудностей: правильно ли он оценивает события; являются ли его ожидания реалистичными; не основана ли точка зрения пациента на ложных выводах; адекватно ли в этой ситуации его поведение; есть ли на самом деле проблема; сумел ли пациент найти все возможные решения. Данные вопросы позволяют психотерапевту выдвинуть гипотезы в отношении того, из-за чего подросток испытывает трудности в той или иной области. В ходе интервью, в конечном счете, задача психотерапевта сводится к выбору одной или двух ключевых установок, а также поведения для психотерапевтического вмешательства.

В процессе интервью психотерапевт обычно использует и утверждения, и вопросы. Утверждения объясняют или констатируют какие-либо темы, позиции, проблемы, в то время как вопросы открывают внутренний мир пациента. В разных терапевтических школах соотношение между количеством вопросов и утверждений варьируется. Так, в системном подходе миланской школы упор делается на вопросы, зато структурные и стратегические подходы предпочитают утверждения. На приоритет тех или иных высказываний при каждой конкретной встрече влияют многие переменные: теоретическая ориентация и личностный стиль терапевта, типы проблем, убеждения, ожидания, стили взаимодействия между пациентами и т. д.

Умение задавать вопросы, вести дискуссию является важным профессиональным навыком любого психотерапевта. В семейной системной психотерапии даже особо выделяют технику —

«интервью, нацеленное на изменение». Умело проведенное интервью не только предоставляет ценную диагностическую информацию, но и считается мощным психотерапевтическим вмешательством.

В психодиагностическом процессе содержится потенциал не только для исцеления, но и для травматизации пациента. И одним из определяющих факторов здесь выступает ни что иное, как природа задаваемых вопросов.

Основным параметром в дифференциации последних является *континуум локуса изменений, который стоит за вопросом*. На одном полюсе этого континуума лежит преимущественно ориентировочная (диагностическая) цель, а на другом полюсе — вмешательство, предусматривающее достижение изменений у пациента или семьи.

Вторая важная ось дифференциации вопросов связана с *меняющимися предположениями о содержании психических феноменов психотерапевтическом процессе*. Тогда на одном полюсе окажутся преимущественно *линейные (причинно-следственные) цели*, а на другом — *циркулярные (системные, кибернетические)*.

Это деление вошло в практику семейной психотерапии из работ Бейтсон о природе психического. Линейные гипотезы связываются с редукционизмом, латентными принципами, причинным детерминизмом, оценочными установками. Циркулярные гипотезы — с холизмом, принципами взаимодействия, структурным детерминизмом, нейтральными установками и системным подходом. Различия между ними условные, скорее, они могут пересекаться и дополнять друг друга. Многие психотерапевты используют оба вида концепций в большей или меньшей степени, различными способами и в разное время. Гипотезы психотерапевта (порой интуитивные и бессознательные) в значительной мере определяют суть задаваемых вопросов.

Если терапевт предполагает, что изучаемые события являются кибернетическими, то и ориентировочные вопросы, задаваемые им, будут, скорее, «циркулярными». Если же он считает, что возможно прямое воздействие на пациентов посредством ин-

формации или инструкции, то вопросы, влияющие на их поведение, могут рассматриваться как «стратегические».

Конкретные вопросы могут содержать различные степени линейности или циркулярности, так же как и варьироваться по фактору цели. Например, те, что касаются формулировки проблем и их объяснения, тяготеют к линейному подходу. Вопросы, (серии вопросов) о различиях или последствиях того или иного поведения, относятся к изучению циркулярного процесса. Конфронтрующие вопросы, скорее, регуляторные и стратегические. Гипотетические вопросы о будущем – из класса рефлексивных вопросов.

Ниже приведены примеры использования некоторых типов вопросов. Иллюстрации составлены на примере интервьюирования пациентов, страдающих героиновой наркоманией, и их семей.

### **1. Линейные вопросы.**

Эти вопросы ориентируют специалиста в ситуации пациента, они основываются на линейном предположении о содержании некоего психического феномена и преследуют преимущественно *исследовательскую* цель. Работа психотерапевта приближается к работе детектива. Это вопросы типа: «Кто это сделал?», «Где?», «Когда?», «Почему?». Большинство интервью обычно начинается с нескольких линейных вопросов. Часто это необходимо, для присоединения к членам семьи через «линейный взгляд» на проблемную ситуацию. Таким способом психотерапевт пытается выяснить конкретную причину возникновения проблемы.

Например, специалист может начать встречу следующим образом. «С какими проблемами вы пришли ко мне сегодня?» (В основном, из-за наркомании сына). «Что вас так расстраивает?» (Не знаю). «У тебя трудности со школой?» (Нет). «Ты уходил из дома или воровал?» (Нет). «У тебя есть какие-то другие болезни?» (Нет). «Ты чем-то недавно переболел?» (Нет). «Бывают ли у тебя мысли о смерти?» (Нет). «Вы чувствуете себя виновным из-за чего-то?» (Нет). «Что-то беспокоит Вас. Что бы это могло быть?» (Я действительно не знаю). «Как Вы думаете, поче-

му Ваш сын употребляет наркотики?» (Даже не знаю. У него нет никаких желаний, он забросил учебу, занятия спортом.) «И как долго он в таком состоянии?» (Три месяца. Вот уже три месяца, как он «катится по наклонной плоскости»). «После чего все это началось? Что-то произошло?» (Не могу вспомнить ничего особенного). «Кто-нибудь пытался ему помочь?» (Нет). «Почему?» (Ну, лично я уже съта по горло). «Вы сами сильно напряжены?» (Немного). «И как долго все, что происходит с вашим сыном, вас тревожит?»...

Линейные вопросы по поводу проблем способствуют формированию клинической гипотезы: у пациента есть какое-то расстройство.

## **2. Циркулярные вопросы.**

Они также задаются, чтобы специалист мог разобраться в ситуации пациента, но базируются уже на циркулярной природе психических явлений. Мотив, лежащий в их основе, — исследовательско-раскрывающий. Психотерапевт действует как ученый, желающий получить новое открытие. Ведущая установка при постановке гипотез — интеракционная и системная. Допускается, что одно явление как-то связано с другим. Вопросы формулируются для выяснения устойчивых картин взаимоотношений в кибернетической цепи, которые соединяют личность, объект, действия, восприятия, идеи, чувства, события, установки, контекст. Системный психотерапевт может начать интервью следующим образом. «Какая проблема привела Вас к нам?» (Звоню потому, что беспокоюсь о наркомании моего сына). «Кто еще беспокоится?» (Бабка). «Кто больше всего?» (Я). «Кто меньше всего?» (Мой муж). «Что делает мать, когда беспокоится о твоей проблеме?» (Она «наезжает», в основном насчет школы). «Что ты делаешь или чувствуешь по этому поводу?» (Я стараюсь сдерживать себя, но внутри злюсь).

Оценка цепочки взаимодействия, имевшей место непосредственно до, во время и после проблемного поведения подростка, позволяет понять расстановку сил в семье.

## **3. Стратегические вопросы.**

Для них характерна функция коррекции. Специалист ведет себя как учитель, инструктор, судья, сообщая членам семьи, что они ошибаются и как должны вести себя (в непрямой форме, в виде вопросов). На основе гипотезы, составленной о семейной динамике, психотерапевт приходит к заключению, что имеет место дисфункция семьи и, задавая стратегические вопросы, пытается побудить семью измениться. Директивность психотерапевта может быть скрытой, но ее отражает контекст, время и интонация. Примеры задавания стратегического вопроса матери, которая беспокоилась о наркомании сына: «Итак, что же вы предприняли, когда он стал требовать денег и ударил Вас?» «Обсуждали ли Вы этот конфликт когда-либо впоследствии?», «Чем он закончился?», «Когда Вы собираетесь заняться своей жизнью и начать искать работу?», «Что, по-Вашему, помогает большинству людей находить другие решения, кроме суицида?», «Что удерживает Вас от наркомании, если в вашем подъезде живут наркоманы?».

#### **4. Трансгенерационные вопросы (лучше задавать во время интервью по генограмме).**

Как прошлое проявляет себя в настоящем?

Каковы были ранние объектные отношения пациента?

Каков «эмоциональный» долг в семье?

Какие в семье традиции и насколько выражена приверженность им?

Насколько сильно нарушено равновесие между поколениями?

Какова история проявлений эмоций и «семейных тем»?

#### **5. Рефлексивные вопросы.**

Рефлексивные вопросы способствуют личностному росту индивидуума или семьи путем стимуляции ответов, которые позволят им создать новые конструктивные установки и поведение.

Остановимся подробнее на некоторых вопросах из этой группы, так как они очень важны при исследовании ресурсной системы семьи и подростка.

#### **Деконструктивные («экстернализующие») вопросы**

Деконструктивные вопросы, направленные на выявление проблемных убеждений, опыта, чувств, установок, помогают людям «распаковать» свои истории и увидеть их под другим углом зрения. Они также позволяют описать возникновение и развитие проблемы в жизни пациента, оценить последствия и результаты проблемного поведения, осознать влияние социо-культурных установок на появление и разрешение трудностей.

*История взаимоотношения человека с убеждением, опытом, чувством, установкой*

Когда ты впервые стал так думать?

Кто еще из твоих знакомых (или просто из окружающих) реагирует на проблемы подобным образом?

Какие переживания прошлого пробудили в тебе это чувство вины?

Всегда ли наркотик был твоим лучшим другом?

*Контекстуальное влияние на убеждение, опыт, чувство, установку.* Эти вопросы ориентированы на отображение текущих контекстов, которые служат системной поддержкой для проблемных историй, а также на выявление роли социо-культурных норм, принятых в данном обществе.

Как ты полагаешь, в каких ситуациях подобные идеи следуют отстаивать?

Существуют ли такие места, где ты, скорее всего, будешь втянут в употребление?

Кто получает выгоду от того, что все происходит именно так?

*Последствия и результаты убеждения, опыта, чувства, установки.* Эти вопросы нацелены на расширение сферы проблемной истории, определение влияния проблемы на жизнь и взаимоотношения людей.

Как повлияло на твою жизнь убеждение, что ты безвольный человек?

Каким образом сомнение в своих силах «убедило» тебя принять допинг?

Как это повлияло на других членов семьи?

*Взаимосвязь с другими убеждениями, опытом, чувствами,*

*установками* Данные высказывания позволяют исследовать систему убеждений, которые составляют суть проблемы.

Есть ли еще другие проблемы, которые можно объединить с наркоманией? Некоторые люди считают, что самоосуждение и одиночество сопутствуют наркомании. Что ты думаешь об этом?

Что ты думаешь о ваших взаимоотношениях теперь, когда ты осознаешь эту внутреннюю борьбу? Какие идеи, привычки, чувства питают эту проблему, продлевают ей жизнь?

*Тактики и стратегии убеждений, опыта, установок, чувств*  
Вопросы подобного рода помогают отделить проблему от личности пациента, снижают чувство вины и завышенной ответственности за возникновение симптомов.

Как между вами зарождается гнев?

Если бы я был твоим страхом, что я должен был бы сделать, чтобы ты знал о моем присутствии? Каким образом я ухудшал бы положение? Какие моменты времени я бы выбирал?

Что говорит тебе депрессия? Как ей удается быть такой убедительной?

Что страх шепчет тебе на ухо, когда ты покупаешь наркотики?

Вопросы, открывающие пространство

Они помогают пациенту найти собственные ресурсы для разрешения проблемы; увидеть себя в роли человека, способного контролировать проблемную ситуацию; создать новую историю взаимоотношений пациента с проблемой, в которой возможен «счастливый» конец.

*Об уникальных эпизодах, происходивших в реальности.* Эти вопросы побуждают к поиску исключений из проблемной истории. На этом этапе пациент начинает создавать новую уникальную историю о своих взаимоотношениях.

Бывали ли времена, когда зависимость могла влиять на твои отношения, но ей это не удавалось?

Были ли случаи, когда ты противостоял мыслям о наркотиках дольше обычного?

Итак, в течение двух прошедших недель конфликт продолжался, но были ли моменты, когда ты хотя бы на мгновение чувствовал надежду на примирение?

*О воображаемых уникальных эпизодах, используя вопросы гипотетического опыта*

Предположим, ты узнал, что твоя мать берет дополнительную работу, чтобы оплатить твои занятия спортом, а не потому, что не хочет проводить с тобой больше времени. Как эта информация изменила бы твоё отношение к происходящему?

Если бы ты решил покончить с зависимостью, с чего бы ты начал?

*Вопросы, касающиеся различных точек зрения*

Что сказала бы твоя бабушка о том, как ты справляешься с этой проблемой?

Я считаю, ты готов взять на себя эту ответственность. Что, по твоему мнению, позволяет мне так думать?

Есть ли у тебя друзья, которые удерживают тебя от приема наркотиков?

**Вопросы, ориентированные на другие временные рамки и контексты**

Я понимаю, что в этом споре гнев действительно взял над тобой верх..., но мне интересно, бывали ли ситуации, когда ты справлялся с гневом?

Я слышу, что ты переживаешь это как проблему всей своей жизни. Давай сравним периоды твоей жизни. Были ли времена, когда отчаяние играло менее важную роль?

*Вопросы предпочтения*

Эти вопросы дают пациенту возможность делать выбор в свою пользу, самостоятельно принимать решение о том, как и в каком направлении необходимо двигаться дальше в работе с психотерапевтом.

Ты думаешь, что зависимость должна говорить за тебя, или будет лучше, если ты сам будешь говорить за себя?

Это полезный опыт? Почему? Каким образом? Чем он полезен для тебя?



Как ты думаешь, кому лучше управлять вашей жизнью — твоему гневу или тебе? Почему?

*Вопросы развития истории*

Эти вопросы помогают точнее описать сложившуюся проблемную ситуацию, а также способствуют созданию новой истории взаимоотношений пациента с проблемой.

*Процесс*

Какие шаги ты предпринял? Что ты сделал сначала? А потом?

Если оглянуться назад, какие моменты сделали возможным твоё достижение?

Что ты говоришь себе, чтобы поддержать это новое решение?

*Детали*

Каково было выражение его лица, когда ты сказал ему, что продержался без наркотика ещё один день?

Если бы я был рядом, когда ты переживал этот прорыв, что бы особенного я заметил?

Что именно она сказала, когда ты сообщил ей новости?

*Время*

Кто бы мог предсказать, что произойдут такие изменения? Что могло бы привести их к такому предсказанию? Какое воспоминание или событие?

Проявляла ли твоя мать такое бесстрашие раньше?

Это с Вами впервые, или уже бывало, что Вы выговаривались в сложных ситуациях?

*Контекст*

Есть ли конкретные ситуации или места, которые могут поддержать твоё новое решение?

Ваша уверенность больше проявляется в школе или дома?

Можно ли сказать, что обстоятельства поддерживали тебя, когда вы это делали? Каким образом?

*Люди*

Кто сыграл роль в том, что ты так поступил?

Кто первым заметит, что ты победил этот страх? Как это по-

влияет на него?

Как Вы думаете, как долго остальным членам Вашей семьи придется наблюдать, как Вы следуете правилам, прежде чем они привыкнут к таким изменениям?

### **Вопросы, связывающие прошлое, настоящее и будущее**

*Вопросы, контрастирующие с прошлым, настоящим, будущим*

Хорошо, на этот раз ты не позволил зависимости заставить тебя сесть за компьютер и удержать от живого общения. Чем эта ситуация отличалась от тех моментов, когда зависимость контролировала твою жизнь?

Сейчас Вы вполне удовлетворены отзывами врачей Саши. Было ли так раньше, когда Вы ходили на родительские собрания? В чем разница?

*Вопросы, связывающие прошлое, настоящее и будущее*

Если Вы возьмете самоуверенность из вашего прошлого и Ваши сегодняшние идеи, как Вы могли бы повести себя в будущем?

Кто из Вашего прошлого мог бы предположить, что это событие произойдет в Вашей жизни?

*Вопросы о возможном будущем.*

Как Вы думаете, каков будет Ваш следующий шаг?

Теперь, когда Вы обнаружили эти особенности Ваших взаимоотношений, Вы по-другому видите будущее?

В свете новых событий появляются ли у Вас предположения о будущем Вашего сына на работе?

*Вопросы смысла*

Они обычно задаются в связи с ответами на вопросы «открытия пространства», «предпочтения» и «развития истории», и вплетаются в другие типы высказываний.

*Смысл и подтексты*

Какой смысл Вы видите в том, что Ваш сын сделал это?

Если бы Вам пришлось применить это знание в своей жизни, в какой ситуации оно произвело бы наибольшие перемены? Какие перемены оно бы вызвало?

Что самое важное в том, что Вы сейчас всей семьей говорите об этом?

*Особенности и качества*

Если бы Вы это сделали, что это сказало бы о Вас как о родителе?

Как бы Ваш партнер описал Ваши взаимоотношения в связи с тем, чего Вы вместе добились?

Какие качества сына Вы видите теперь, когда узнали о тех усилиях, которые он предпринял, чтобы побороть зависимость?

*Мотивация, надежды, задачи*

Как Вы думаете, что толкнуло его на этот поступок?

То, что Вы с таким рвением взялись за решение этой проблемы, отражает Ваши надежды на совместное будущее?

Мы сейчас перечислили ряд вещей, за которые Вы взялись и сделали по определенному плану. Окидывая взглядом этот список, как Вы понимаете свои задачи в этой области?

*Ценности и убеждения*

Почему это новое убеждение подходит Вам больше, чем старое?

Как Вы думаете, что после этого разговора, я могу сказать о том, что Вы цените в дружбе?

Сейчас мы рассмотрели, что произошло с дочерью в школе. Как Вы думаете, в чем она была убеждена, встав на сторону одноклассника?

*Знания и навыки*

Если вернуться назад к тому событию, что Вы тогда знали о своих взаимоотношениях?

Какие ситуации могли бы дать Вам опыт, который бы пригодился и в других аспектах вашей жизни?

Что нового ты узнаешь о себе, когда видишь, что так далеко продвинулся в лечении?

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 12.МЕТОДИКИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

## **МЕТОДИКИ КОНФРОНТАЦИИ С ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫМИ КОНЕЧНЫМИ ДАННОСТЯМИ**

*Методика «жизненного отрезка»:* пациенту предлагают начертить на листе «отрезок его жизни», началом которого является точка рождения, а окончанием — точка смерти. Затем на этом отрезке ему предлагается отметить настоящий момент. Индивидуальная техника рисунка: отрезки в виде кривой и лабиринтообразной линии, их длина, прорисовка, положение точки «здесь и теперь» — может служить ориентиром для выявления психологических защит.

*Методика «Лимит жизни»:* пациенту предлагается представить, что он знает день своей смерти, до которого остается определенный срок (полгода, год). Далее осознаются чувства и психотерапевт спрашивает: «Что вы будете делать? Изменятся ли: Вы сами, Ваши отношения, Ваша жизнь?».

*Методика работы с представлениями о себе:* пациенту предлагается написать на листе бумаги двадцать ответов на вопрос «Кто я?» («Я — ... (какое-либо существительное)») — обозначающих основные составляющие его представлений о себе. Дается инструкция: «Вам необходимо постараться вычеркнуть все Ваши «Я», отказ от которых, как бы ни был он тяжел для Вас, все же совместим для Вас с продолжением жизни». Затем вычеркиваются все представления в порядке возрастания их эмоциональной значимости. Особое внимание уделяется осознанию чувств и сопротивлений, а также исследованию динамики.

*Обсуждение личного опыта конфронтации с экзистенциальными конечными данностями:* смертью, свободой, выбором, ответственностью, одиночеством, изоляцией, бессмысленностью и смыслом, трансцендентным началом. Пациенту предлагается вспомнить ситуацию и приблизиться к ней в воображении. Лучше, если выполнение методики начинается с упоминания самим пациентом о случаях конфронтации с экзистенциальными в прошлом. Психотерапевт предлагает ему рассказать о них подробнее. Особое внимание уделяется позитивному или ресурсной

переработке таких столкновений, опыту преодолений трудных ситуаций, самостановления и самореализации, любви, принятия ответственности, альтруистического поведения, открытия смысла, религиозному опыту. Идентифицируются чувства, желания, а затем проводится прояснение.

*Методики экзистенциального монолога и молитвы:* пациенту предлагают произнести монолог, в котором его просят выразить отношение к себе и своей жизни. Эффективна методика молитвы, актуализирующая духовные переживания: пациента просят произнести свою молитву к Высшему Началу, как он Его представляет (Богу). Можно дать пациенту такую инструкцию: «Представь, что у тебя есть сейчас возможность рассказать о своих проблемах, страданиях и желаниях Богу, и Он тебя слышит. Произнеси Ему собственную молитву, как если бы вы были с Ним один на один».

*Возвращение в опыт эмоционально значимых отношений «Я – Другой»:* пациенту предлагается мысленно вернуться к отношениям со значимым (когда-то или в настоящее время) человеком. Для выполнения данной методики предпочтительней выбирать отношения, в которых более полно репрезентированы актуальные для пациента в настоящий момент проблемы и ценностно-смысловые дисгармонии, а также образы людей, игравших в жизни и становлении пациента иницирующую роль. Вариантом такой практики может быть погружение в опыт первой влюбленности, близости. Психотерапевт внимательно выслушивает рассказ пациента, выбирая для конфронтации и прояснения те содержания, которых пациент эмоционально избегает, или моменты изменения эмоционального состояния рассказчика. Реконструируются наиболее ресурсные ситуации, а затем используются приемы мультимодального погружения в них. Акцентируется ответственность пациента в ключевых фазах восстанавливаемого опыта. На стадии проработки осуществляется позитивная переоценка опыта и рассматриваются аспекты, полезные для настоящего и будущего. Интегрируются техники гештальт-терапии монодрамы. Часто, разрешающее значение для

всей процедуры экзистенциального анализа имеет работа с родительскими образами и воспоминаниями об опыте отношений с отцом и смертью.

*Методики конфронтации с экзистенциальными границами «Я» (столкновения с границами близости).* Применяются при работе с группой. При выполнении первой методики участникам предлагается самим найти границы близости друг с другом. Это касается их места в круге, позы, удаленности и положения по отношению друг к другу — с помощью них предлагается продемонстрировать другим участникам свое отношение к ним и ту степень близости, которая соответствует испытываемым друг к другу чувствам. Затем проводятся обратная связь и групповое обсуждение чувств, желаний и мыслей. Вторая методика заключается в том, что ведущий предлагает участникам разбиться на пары (или определяется одна пара, располагающаяся в центре круга) и с помощью позы, жестов, прикосновений, выбора дистанции относительно друг друга (невербально) установить максимально взаимоприемлемые границы близости друг к другу. Затем группа дает обратную связь и вербализуются испытанные переживания. Кроме двух описанных выше оригинальных техник, мы включаем в структуру нашей модели психотерапии телесно-ориентированные методики групповой психотерапии: «Театр прикосновений», «Я и Ты». Последняя методика заключается в том, что двое участников, стоя лицом друг к другу на расстоянии полусогнутой вытянутой руки, кладут ладони сначала себе на грудь, произнося «Это — Я», а затем — на грудь партнера, произнося: «Это — Ты». Затем участникам предлагают рассказать о своих впечатлениях. Осознаются чувства и желания, возникающие при прикосновениях, проговариваются мысли, которые им сопутствуют. Эта техника может открыть для пациента его отношение к универсалиям изоляции и близости, свободы и ответственности, репрезентированным (как и смерть, смысл) во встрече «Я — Другой».

*Столкновение с одиночеством (выбором).* Психотерапевт способствует осознанию пациентом экзистенциальных границ тех или иных своих контактов: пациенты учатся определять, что

они могут, а что не могут получить от отношений. Психотерапевт может предложить пациенту поэкспериментировать — на некоторое время отделить себя от окружающего мира и близких людей, и побыть в одиночестве. Благодаря такому моделированию, пациент может осознать с большей глубиной как страх одиночества, так и масштабы своих скрытых ресурсов, степень личностной силы и смысл отношений.

*Работа с представлениями о собственной смерти:* пациенту предлагается представить собственное умирание, прощание с близким миром, последнюю исповедь, свои похороны и т. д. Можно задавать проясняющие вопросы, например: «Что Вам особенно жаль оставлять в жизни?», «О чем Вы жалеете?», «Что имело для Вас наибольшее значение?», «В чем был смысл Вашей жизни? (отдельных ее периодов и в целом)» и т. д. Рекомендуется помогать пациенту осознать и осмыслить возникающие переживания.

*Методики «некролога», «эпитафии»:* пациенту предлагается написать на себя некролог или эпитафию на собственное надгробие.

### **Методики прояснения и проработки**

*Методика «жизненного пути (континуума)»:* пациенту предлагается поразмышлять о значимых для него «вехах» его жизни. Затем, отталкиваясь от идеи «жизненного пути», можно попробовать установить взаимосвязь между прошлым, настоящим и проекциями в будущее. Применение данной методики сочетается с анализом нереализованных выборов и «завершением» (в воображении) альтернативных путей, основанных на «утраченных» возможностях. Часто при переживании потерь происходит «возвращение» творческих способностей и активация потенциала личности (не выраженных когда-то, а потом обесцененных). Психотерапевт помогает пациенту осознать и переоценить открытые им заново ресурсы, интегрировать эти возможности в избираемый «жизненный стиль». При формировании у пациента чувства

непрерывности жизни и представления о ее восходящем характере, можно применять методику Десуаля Р. основанную на переживании образов духовного восхождения («лестница — гора — полет»). Психотерапевт и пациент рассматривают существование как непрерывный процесс становления личности и духовного взросления, останавливаясь на его «рубежных», кризисных моментах. Углублению такого исследования способствует работа с генеалогическими «корнями», подобный анализ жизни и личностной мифологии пациента. Экзистенция может рассматриваться как последовательность духовных инициаций. Для активации духовного бессознательного можно применять подход ко всему происходящему как к «шагам на пути».

*Методика «Взгляд сверху».* Обычно применение сочеталось нами с применением методики «Жизненного пути». Пациенту предлагается, абстрагируясь от «горизонтالي» ситуаций, или своей жизни в целом, осознать ее «вертикально»: мысленно, в воображении подняться («взлететь в небеса») и увидеть свою жизнь с высоты птичьего полета (или — как с горной вершины видится путь, проходящий через долину). Глядя сверху, можно попробовать осознать смысл происходящего более целостно.

*Методика лабиринта.* Психотерапевт предлагает пациенту представить свою жизнь в виде лабиринта с расходящимися в разные стороны коридорами или тропками (например, в дремучем лесу). Стенами лабиринта могут быть те обстоятельства жизни пациента, которые ему в настоящий момент тяжело или невозможно (объективно или субъективно) преодолеть, чтобы достичь значимой для себя цели («выйти из лабиринта», обрести свободу). Пациент вначале не знает, какая из этих дорог ведет к выходу (какому-то важному решению или цели). Психотерапевт стимулирует пациента к движению по лабиринту. Далее, внутри лабиринта помещаются реальные обстоятельства жизни пациента, знакомые и значимые для него люди. Лучше, если помогающим «клубком Ариадны» становятся какие-то внутренние силы пациента, его опыт, мечты.

*Методика медитативного размышления об основных онто-*



*логических понятиях*: психотерапевт обучает пациента основам релаксации и медитативной сосредоточенности. Пациенту предлагается принять индивидуально удобную позу, расслабиться и, позволяя «проходить сквозь сознание» любым посторонним раздражителем, постепенно концентрировать сознание на какой-либо экзистенциальной универсалии: мимолетности, необратимости времени, свободе, ответственности, выборе, хрупкости бытия, близости, открытости миру, смысле жизни, грусти и «дарах» одиночества, надежде, вере, смирении и др. Осознаются чувства образы желания и мысли.

*Символическое представление экзистенциальных универсалий и диалог с ними*: пациенту можно предложить представить в виде образов свои смерть, свободу, одиночество, «пустоту», смысл жизни и др. Он может представить символически также любое из основных экзистенциальных беспокойств, переживание экзистенциального вакуума, чувство вины, любовь и т. д. Затем психотерапевт может предложить пациенту представить конечную данность во внешнем пространстве и попробовать вступить с ней в диалог. При этом пациент может перемещаться на ее «место», «становясь» этой универсалией и отвечая себе, а может выбрать на эту роль кого-нибудь из членов группы.

*Методика «Вопрос о смысле»*. В самом начале сессии ведущий предлагает участникам закрыть глаза, заглянуть как бы «внутрь себя», «в свое сердце» и задать своей самой глубокой сущности вопрос: «Для чего я пришел сюда? В чем смысл моего пребывания здесь, рядом с этими людьми?». Последующее обсуждение дает продуктивное продолжение для группового процесса.

*Облегчение принятия решений*. Психотерапевт побуждает пациентов осознавать, что каждому действию предшествует решение. Осознанный выбор вызывает трудности, так как при этом приходится мириться с исключением альтернатив. Пациенты парализуют свою способность принимать решения (например, с помощью вопросов «А что, если...?»). Психотерапевт

помогает исследовать обоснованность и происхождение колебаний. Исследуются разветвления каждого вопроса к самому себе, подобного вопросу «Что если...?». При этом необходимо осознавать и анализировать чувства, индуцируемые у пациента такими сомнениями. Психотерапевт может оказать помощь в выработке решения и оценке вариантов. Психотерапевт побуждает пациентов, чтобы каждый шаг к решению способствовал более глубокому пониманию собственной силы. В результате правильно организованной работы над принятием решений степень независимости пациента от психотерапевта будет возрастать. Отношения «пациент-психотерапевт» и «пациент — другие участники группы» становятся рабочей моделью становления индивида, осознания свободы и ответственности за рамки психотерапии. В условиях ограничения психотерапии по времени необходимо облегчать (фасилитировать) проявление пациентом воли. Психотерапевт применяет позитивные подкрепления, одобряет конструктивную активность, учит клиентов доверять себе и помогает им обретать уверенность в том, что они «имеют право действовать». В случаях, когда воля пациента слишком подавлена, психотерапевт индуцирует у него осознание собственного творческого ресурса (потенциала изменений). Для этого он предлагает им поразмышлять в одиночестве над фразами: «Только я могу изменить мир, который я сам создал», «В переменах нет предполагаемой опасности», «Для того, чтобы достичь того, что я действительно хочу, я должен измениться», «У меня есть сила, необходимая для собственного изменения» и т. п. Психотерапевту важно помнить, что принятие решений, связанных с глубокими изменениями, может потребовать значительного периода времени. Определение границ ответственности участников взаимодействия «психотерапевт-пациент» избавляет специалиста от непродуктивной рефлексии и предохраняет его от синдрома «эмоционального выгорания».

*Оказание содействия в более активной участии в жизни.*  
Психотерапевт исходит из того, что желание участвовать в жиз-

ни всегда присутствует у пациента. Он укрепляет у пациента ощущение собственного участия в процессе изменений. Психотерапевт вместе с пациентом исследует как можно более широкий диапазон надежд и целей пациента, его систему убеждений, видение будущего и личные ресурсы. Пациент может находить недостаточно смысла в своих отношениях, работе, досуге, творческих поисках и религиозных стремлениях. В каждой из этих сфер можно выявить препятствия («блоки»), которые следует совместными усилиями устранить.

### **Методика углубления свободы выбора и ответственности**

*Осознавание неадаптивных защит и способов уклонения от ответственности.* Психотерапевт может оказывать пациенту помощь в понимании определенных видов его поведения: компульсивности, переноса ответственности, отрицания ответственности (позиции «невинной жертвы» или «потерявшего контроль»), избегание автономного поведения, патологической изъяснения желаний (или проявления воли, решимости – деструктивности или усиливающих депрессогенный конфликт). Психотерапевт совместно с пациентом анализирует его ответственность за собственные несчастья и конфронтирует пациента с этой ответственностью. Общая установка для психотерапевтов при этом такова: когда пациенты жалуются на неблагоприятные для себя ситуации или обстоятельства, психотерапевт спрашивает, как они сами участвовали в создании этих ситуаций или обстоятельств. Если ключевые аспекты конфликтогенных ситуаций имеют объективный и непреодолимый характер, психотерапевту необходимо перевести фокус личной ответственности пациента на те слагаемые ситуаций, которые зависят от пациента (его иерархии ценностей, разума, сознательной позиции, воли, оценок и т.д.). Психотерапевты могут концентрировать внимание на том, как пациенты используют «язык уклонения от ответственности» (например, использование выражений, имеющих смысл «я не могу», «я должен», вместо «я не хочу», может гово-

ритель об уходе от ответственности за собственное отношение и желания). Психотерапевту необходимо помогать пациентам осознавать и – по возможности – преодолевать ограничивающие существование, непродуктивные стереотипы и искажения в сфере желаний и принятия решений: непонимание, подавление своих желаний, уход от выражения желаний и чувств, импульсивность, компульсивность, избегание решений с помощью торга. Отношение пациентов к достижению целей терапии дает материал для анализа паттернов защиты от ответственности.

### **Методики работы с экзистенциальной изоляцией**

*Осознавание неадаптивных механизмов защиты и межличностных нарушений.* Учитывая роль, которую играют в этиопатогенезе невротических депрессивных состояний межличностные отношения и связанные с ними проблемы, одной из задач является осознание пациентом неадаптивных защит, используемых для совладания с тревогой одиночества. Если пациент начинает осознавать, что поддерживает ощущение «Я – ЕСТЬ» и психологический комфорт только благодаря существованию в сознании других людей или уходит от беспокойства изоляции в слияние с другими людьми, симбиотические, манипулятивные отношения, прием наркотиков или компульсивную сексуальность у него появляется альтернативный выбор: возможность управления своими защитами и самостановления. Психотерапевт помогает пациенту отвечать самому себе на следующие вопросы: «В какой мере я отношусь к другому человеку как к объекту, используемому мной для удовлетворения моих желаний и потребностей?», «Насколько „бескорыстно“ я могу любить других?», «Насколько хорошо я умею выслушивать другого и раскрывать себя», «Каким образом я удерживаю людей на расстоянии?», «Способен ли я принимать другого человека, его чувства такими, каковы они в реальности здесь и сейчас?», «В какой степени я боюсь отвержения со стороны другого, и насколько этот страх мешает мне быть с другим человеком самим собой?», «На-

сколько я способен принимать себя, свои чувства, желания?».

*Использование отношений «психотерапевт – пациент» для выявления нарушений.* Психотерапевт использует феноменологию контакта с пациентом «здесь и теперь» как модель для прояснения стереотипов, мешающих пациенту поддерживать другие отношения. Когда пациенты искажают те или иные аспекты реальных взаимоотношений с психотерапевтом, последний может не только повысить осознание пациентами самого факта таких искажений, но и помочь им понять, каким образом данный искажающий механизм проявляется в отношениях с другими людьми. Психотерапевт стремится развивать реальные отношения с пациентами. Отношения с психотерапевтом могут способствовать самоутверждению пациента. Позитивный корректирующий опыт, получаемый пациентом в терапевтических отношениях, необходим для успешного столкновения с универсалией изоляции.

### **Работа с экзистенциальной смыслом. Специальные логотерапевтические методики**

*Преодоление проблемы.* Когда пациенты жалуются на отсутствие смысла в их существовании, они часто допускают, что жизнь имеет некий набор общих для всех людей смыслов, или один «главный» общий смысл. При этом происходит отказ от принятия собственной ответственности за открытие и осуществление своего индивидуального смысла жизни. Люди скорее вносят свои смыслы, значения и ценности, чем получают уже имевшиеся. Поэтому психотерапевт помогает пациенту преобразовать пассивно-рецептивное отношение к проблеме смысла в творческое, активное и индивид все более освобождается от роли «объекта», детерминированного средой.

*Осознавание неадаптивных видов защиты от тревоги бессмысленности.* При проявлении в поведении пациентов неадаптивных защитных механизмов, которые могут иметь депрессогенное (или поддерживающее депрессивное состояние)

значение, психотерапевт помогает осознать используемые ими защиты от тревоги бессмысленности. Психотерапевт также помогает распознавать проявления таких стереотипов в жизненной ситуации пациента, последствия и «онтологическую цену» защит. Можно фокусировать внимание на проявлениях наркотической компульсивной деятельности, погони за деньгами, удовольствиями, славой, властью, признанием, абсолютизации ценностей, суррогатных жизненных установках, нигилизме, вегетативности (ограничении жизни удовлетворением витальных биологических потребностей) и др. Психотерапевт помогает пациенту осознать взаимосвязь этих защитных стереотипов с проблемой бессмысленности и всем кругом предъявляемых проблем и жалоб (схема работы с неадаптивными защитными механизмами дана в описании стратегий экзистенциального анализа).

*Методика инвертирования вопросов пациента*, имеющих логогностический характер или касающихся его отношения к экзистенциальным универсалиям. Психотерапевт старается «возвращать» пациенту (инвертировать) его вопросы к врачу, суть которых сводится к следующему: «В чем смысл моей жизни?», «Для чего я живу?», «Что есть жизнь?», «В чем смысл моего страдания?», «В чем смысл смерти?», «В чем смысл одиночества, которое я испытываю?», «Что мне делать, если я боюсь смерти (одиночества, ответственности, поступков, ситуации принятия решений)?» и т. д. Для инверсии вопроса психотерапевт может задать пациенту встречный вопрос (аналогичный по смыслу заданному или вопросы типа: «А как Вы думаете?»),отреагировать фасилитирующим отношением («Вы можете дать Ваш собственный ответ на это вопрос») или эмпатическим молчанием.

*Объяснение.* Пациентам следует объяснить некоторые универсальные аспекты существования, а также то, что конечность и мимолетность жизни скорее придает смысл бытию, чем лишает его смысла.

*Использование сравнений.* Пациентам можно предложить

представить свою жизнь в виде движущихся картин («эффект киноплёнки»). Пациент осознаёт необратимость жизни, когда слышит от психотерапевта, что он не может ничего «вырезать», изменить «задним числом». Другое сравнение: пациент представляет себя скульптором – он имеет ограниченное время для создания произведений и не знает, когда наступит последний момент.

Фокусирование на поисках смысла. Задачей психотерапевта при применении им методов фокусирования может быть только расширение полей зрения пациента таким образом, чтобы как можно больший спектр его собственных жизненных смыслов и ценностей стал видим для него. («психологическая офтальмология» по Франклю).

*оказание пациентам помощи в осознании ими важности принятия на себя ответственности за открытие ими их собственного смысла;*

*оказание пациентам помощи в слушании ими голоса своего сознания.* Пациенту необходимо руководствоваться в поисках смысла «голосом своего сознания». Психотерапевт обучает пациента приемам внутренней концентрации для поиска ответов на главные вопросы бытия. Пациенту важно помочь понять, что необходимо отличать «свой глубинный голос» от «десяти тысяч различных требований и заповедей», приходящих извне. Хотя психотерапевт не может «давать» пациентам смысл, он может проводить примеры поисков смысла;

*постановка перед пациентами вопросов о смысле.* Психотерапевт может спрашивать пациентов о том, каких творческих успехов они могли бы добиться, какие свои переживания они считают наиболее важными, какой опыт для них наиболее значим и т. д. Рассматривая всю систему отношений пациента, психотерапевт помогает пациенту определять значимость для него тех или иных поступков, людей.

Увеличение числа источников смысла, помощь пациентам в расширении их представлений об источниках смысла: а) выявление смысла через диалог психотерапевта и пациента; б)

выявление смысла через логодраму. Логодрама может представлять собой акцентированную на поиске смысла традиционную психодраматическую процедуру. Она может проводиться в методиках активного воображения или кататимного переживания образов. Наиболее эффективна логодрама в группе, но и в индивидуальном сеансе применяются логодраматические методики. При этом психотерапевт может выступать в «символической позиции».

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 13. ПРИЗНАКИ СРЫВА**

1.Я начинаю сомневаться в своей способности оставаться трезвым.

2.Я отказываюсь признавать свои опасения.

3.Я решительно уверяю себя, что никогда не буду употреблять снова.

4.Я решаю, что не употреблять – это все, что мне надо.

5.Я пытаюсь навязывать трезвость другим.

6.Я становлюсь слишком уверенным в своем выздоровлении.

7.Я избегаю говорить о своих проблемах и выздоровлении.

8.Я начинаю вести себя компульсивно (с головой ухожу в работу или замыкаюсь в себе и т.д.)

9.Я слишком сильно реагирую на стрессовые ситуации.

10.Я начинаю избегать общества.

11. Я становлюсь озабоченным какой-либо одной стороной жизни.

12.У меня появляются легкие депрессии.

13.Я начинаю строить нереальные и бессмысленные планы.

14.Я живу «там и тогда».

15.Мои планы на жизнь перестают выполняться.

16.Начинаются праздные мечтания и размышления о том, что мне хотелось бы.

17.Мои проблемы кажутся мне неразрешимыми.

18.Я жажду счастья, но не знаю где оно.



19. Я избегаю развлечений.
20. Я слишком углубляюсь в самоанализ.
21. Меня начинают раздражать друзья и родственники.
22. У меня появляются периоды смятения.
23. Я легко поддаюсь гневу.
24. Я начинаю обвинять в своих трудностях людей, места, вещи, обстоятельства.
25. Я начинаю сомневаться в своей болезни.
26. Я питаюсь нерегулярно (переедаю или недоедаю, ем всухомятку).
27. Временами впадаю в апатию.
28. Режим сна нарушается.
29. Постепенно сбиваюсь с привычного распорядка дня.
30. Появляются периоды глубокой депрессии.
31. Нерегулярно посещаю группы поддержки (собрания).
32. Появляются чувства «наплевать на все».
33. Мной овладевает стремление к деньгам, сексу, власти.
34. Демонстративно отказываюсь от помощи.
35. Появляются периоды недомогания и боли.
36. Прихожу к убеждению, что употребив что-либо, не может сделать мою жизнь хуже, чем она есть.
37. Чувствую себя бессильным и беспомощным.
38. Мне жалко себя.
39. Я начинаю сознательно лгать.
40. Чаще пытаюсь заниматься самолечением разными лекарствами.
41. Полностью теряю уверенность в себе.
42. Появляется беспричинная раздражительность.
43. Перестаю посещать собрания, группы поддержки.
44. Полон одиночества, разочарования, мной все чаще овладевают приступы гнева и напряженности.
45. Начинаю посещать «пьющих» приятелей и места, где выпивают или употребляют наркотики.
46. Убеждаю себя, что вылечился.
47. Пытаюсь изменить свою жизнь.

- 48.Начинаю употреблять не то, что обычно.
- 49.Я пытаюсь контролировать свое употребление.
50. Я теряю контроль.

**Сергей Кулаков**

Руководство по реабилитации аддиктов