



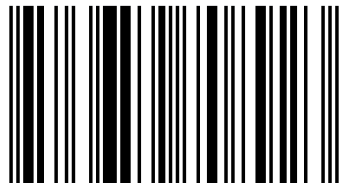
Книга написана по результатам практической работы автора в Наркологическом Клиническом Диспансере №5, а так же по материалам учебных мероприятий проводимых автором для организаций подведомственных ДСМП на базе московской службы психологической помощи населению. В книге представлены наглядные примеры из практики, оригинальная стратегия психологической помощи, с подробным описанием. Так же, с разрешения коллег, в книге присутствуют статья о применении метода психодрамы в работе с больными хроническим алкоголизмом, и статья о совместном применении 12-ти шаговой программы и метода холотропного дыхания.

Артем Тараянц

Психологическая помощь при хроническом алкоголизме и созависимости



Артем Валерьевич Тараянц-клинический психолог, специалист по Эриксоновскому гипнозу и Эриксоновской терапии, автор пособий для практикующих психологов, руководитель и ведущий авторской программы повышения квалификации психологов "Психокоррекция с применением гипносуггестивных техник".



978-3-659-70892-3

Артем Тараянц

**Психологическая помощь при хроническом алкоголизме и
созависимости**

Артем Тараянц

**Психологическая помощь при
хроническом алкоголизме и
созависимости**

LAP LAMBERT Academic Publishing

Impressum / Выходные данные

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Библиографическая информация, изданная Немецкой Национальной Библиотекой. Немецкая Национальная Библиотека включает данную публикацию в Немецкий Книжный Каталог; с подробными библиографическими данными можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://dnb.d-nb.de>.

Любые названия марок и брендов, упомянутые в этой книге, принадлежат торговой марке, бренду или запатентованы и являются брендами соответствующих правообладателей. Использование названий брендов, названий товаров, торговых марок, описаний товаров, общих имён, и т.д. даже без точного упоминания в этой работе не является основанием того, что данные названия можно считать незарегистрированными под каким-либо брендом и не защищены законом о брендах и их можно использовать всем без ограничений.

Coverbild / Изображение на обложке предоставлено: www.ingimage.com

Verlag / Издатель:

LAP LAMBERT Academic Publishing

ist ein Imprint der / является торговой маркой

OmniScriptum GmbH & Co. KG

Heinrich-Böcking-Str. 6-8, 66121 Saarbrücken, Deutschland / Германия

Email / электронная почта: info@lap-publishing.com

Herstellung: siehe letzte Seite /

Напечатано: см. последнюю страницу

ISBN: 978-3-659-70892-3

Copyright / АВТОРСКОЕ ПРАВО © 2015 OmniScriptum GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. / Все права защищены. Saarbrücken 2015

Содержание:

Об авторе.....	2
Глава I	
Клиника алкоголизма.....	3
Алкоголизм, как био - психо – социо – духовное заболевание.....	12
Корневые проблемы личности алкоголика и задачи психолога в работе с больным хроническим алкоголизмом.....	13
Актуальные психотерапевтические техники.....	16
Психодрама в работе с алкогольной зависимостью.....	31
Исследование эффективности сочетания 12 шаговой программы и метода холо- тропного дыхания в структуре реабилитации пациентов с химической зависимостью.....	38
Глава II	
Понятие созависимости.....	47
Дисфункциональная семья.....	49
Дети в семьях больных хроническим алкоголизмом.....	62
Сущность феномена созависимости в семьях больных хроническим алкоголизмом.....	64
Границы личности созависимых в семьях больных хроническим алкоголизмом.....	70
Запросы родственников больных хроническим алкоголизмом при обращении к психологу.....	76
Модели психологической помощи родственникам больных хроническим алкоголизмом.....	79
Модель индивидуального консультирования родственников больных хроническим алкоголизмом.....	80
Личность психолога.....	82
Примеры актуальных для работы техник.....	84
Список литературы.....	92

Об авторе

Артем Валерьевич Тараянц – клинический психолог, сертифицированный специалист по Эриксоновскому гипнозу и Эриксоновской терапии, автор практических пособий для практикующих психологов.

Родился в 1981 году в Москве в семье химически зависимых родителей. В возрасте около 10-ти лет начал курить и баловаться с алкоголем, что в последствии переросло в табачную зависимость, подростковый алкоголизм и мульти наркоманию. В 17 лет пережил около смертный опыт, связанный с передозировкой сильнодействующего наркотического психотропного препарата, после чего решает изменить жизнь.

Самостоятельно отказывается от употребления наркотиков, и начинает увлекаться практической психологией. К 22- ум годам, полностью отказывается от употребления алкоголя и курения без посторонней помощи.

К 26 годам, заканчивает психологический факультет педагогического университета, и получает дополнительную специальность по клинической психологии в ИПиКП и становится сертифицированным специалистом по Эриксоновскому гипнозу и Эриксоновской терапии.

В 2007 году начинает частную практику, работая гипнологом в психотерапевтической клинике.

В 2008 году становится заместителем директора психологического клуба «Санскрит».

В 2010 году переходит на работу в Наркологический Клинический Диспансер №5.

В 2011年开始 проводить учебные мероприятия по повышению квалификации для практикующих специалистов.

В 2012 году, в сотрудничестве с несколькими образовательными учреждениями, начинает регулярно проводить обучение по авторской программе «Психокоррекция с применением гипносуггестивных техник» в Москве и в регионах РФ.

В 2013 году становится соавтором официального практического пособия МНПЦ наркологии по профилактике химических зависимостей.

В МКБ-10 нет такого термина, как алкоголизм. Для диагностирования состояния больного используются следующие пункты.

F10 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя

F19 Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ 4-й и 5-й знаки могут использоваться для уточнения клинического состояния, а в соответствующих случаях острой интоксикации и состояний отмены приводятся диагностические критерии, специфические для каждого психоактивного вещества.

F1x.0 Острая интоксикация

- .00 неосложненная
- .01 с травмой или другим телесным повреждением
- .02 с другими медицинскими осложнениями
- .03 с делирием
- .04 с расстройствами восприятия
- .05 с комой
- .06 с судорогами
- .07 патологическое опьянение

F1x.1 Употребление с вредными последствиями

F1x.2 Синдром зависимости

- .20 в настоящее время воздержание
- .200 Ранняя ремиссия
- .201 Частичная ремиссия
- .202 Полная ремиссия
- .21 в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление
- .22 в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии (контролируемая зависимость)
- .23 в настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение или блокирующими лекарствами
- .24 в настоящее время употребляется психоактивное вещество (активная зависимость)
- .240 без физических симптомов
- .241 с физическими симптомами
- .25 эпизодическое употребление

F1x.3 Состояние отмены

- .30 неосложненное
- .31 с судорогами

F1x.4 Состояние отмены с делирием

- .40 без судорог
- .41 с судорогами

F1x.5 Психотическое расстройство

- .50 шизофреноподобное
- .51 преимущественно бредовое
- .52 преимущественно галлюцинаторное
- .53 преимущественно полиморфное
- .54 преимущественно с депрессивными психотическими симптомами
- .55 преимущественно с маниакальными психотическими симптомами
- .56 смешанные

F1x.6 Амнестический синдром

F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом

- .70 реминисценции
- .71 расстройство личности или поведения
- .72 остаточное аффективное расстройство
- .73 деменция
- .74 другое стойкое когнитивное нарушение
- .75 психотическое расстройство с поздним дебютом

F1x.8 Другие психические и поведенческие расстройства

F1x.9 Неуточненное психическое и поведенческое расстройство

Несмотря на отсутствие термина алкоголизм в МКБ -10, этот термин традиционно используется для обозначения химической зависимости вызванной злоупотреблением алкоголем.

Для структурирования процесса развития алкоголизма используется модель описания трех стадий.

До нозологическое употребление алкоголя - период от первых проб до формирования хронического заболевания в результате злоупотребления. В РФ по мере развития алкоголизации общества этот период стремительно сокращается. Если алкоголики первого поколения могут проходить этот период 10-15 лет, то дети с алкогольной наследственностью проходят его за 5-7 лет, а

алкоголики третьего поколения за 2,5 – 4 года. При этом последующие стадии алкоголизма тоже проходят значительно быстрее.

Можно выделить пять уровней употребления алкоголя.

- 1) Полностью воздерживающиеся
- 2) Случайно употребляющие (2-4 раза в год, менее 100 мл спирта)
- 3) Умеренно употребляющие (1 раз в месяц)
- 4) Систематически употребляющие (1 раз в неделю)
- 5) Злоупотребляющие (2-3 раза в неделю)

Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Ц.П.Короленко, Т.А.Донских):

Атарактическая мотивация заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта. Как правило, употребление различных опьяняющих и транквилизирующих веществ происходит при таких симптомах и синдромах, как: тревожный, обсессивно-фобический, депрессивный, дисфорический, астенический, психоорганический, ипохондрический и некоторых иных. Нередко употребление веществ направлено на купирование внутриличностного конфликта при т.н. психопатических синдромах (эксплозивном и эмоционально неустойчивом, истерическом, ананкастном). При иных типах девиантного поведения атарактическая мотивация встречается реже.

Гедоническая мотивация проявляется в получении удовлетворения, испытания чувства радости от приема веществ (алкоголя, наркотиков) на фоне обычного ровного настроения. Человек с аддиктивной направленностью поступков склонен искать в алкоголе способ ухода от реальности в иллюзорный мир, доставляющий ему наслаждение. При этом он выбирает из богатого арсенала алкогольных напитков лишь те, которые обладают эйфоризирующим эффектом, способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, любвиобилия.

Мотивация с гиперактивацией поведения близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а активирующем эффекте. Часто оба эффекта действуют совместно, однако нередко человеком разделяются. При данной форме мотивации базисным становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью алкоголя.

Субмиссивная мотивация применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ.

Страх оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение, стать «белой вороной» являются базой для субмиссивной мотивации употребления алкоголя.

Псевдо культурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Человек рассматривает употребление алкоголя сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных — знатоков.

В большей степени при псевдокультурной мотивации важно не само употребление веществ, сколько демонстрация этого процесса окружающим. Встречается она при патохарактерологическом типе девиантного поведения, в частности в рамках истерических характерологических расстройств.

Стадии развития хронического алкоголизма.

Первая стадия хронического алкоголизма.

Первая стадия алкоголизма начинается зачастую незаметно для больного, на первой стадии больной с радостью думает о выпивке, считает, что он может прекратить употребление в любой момент. Больной уверен, что алкоголь ему не может помешать в жизни, что он полностью держит ситуацию под своим контролем.

У первой стадии есть ряд характерных признаков:

- Исчезновение рвотного рефлекса при больших дозах алкоголя
- Повышение толерантности, стремления пить все больше
- Появляются палимпсесты, забывание эпизодов во время опьянения
- Зачастую меняется характер опьянения (обида, агрессия, навязчивость, подозрительность)
- Нарастает астения (вялость, слабость, быстрая утомляемость, головные боли и т.д.)
- Расстройства сна.

Вторая стадия хронического алкоголизма.

На второй стадии алкоголизма больной уже наблюдает, что у него появляются проблемы из-за злоупотребления алкоголем. При этом, мысли на этот счет либо игнорируются, либо цинично обесцениваются, либо ответственность за злоупотребление алкоголем полностью делегируется окружению. У больного усиливаются страдания во время абстинентного синдрома, усиливающееся расстройство личности и поведения приводит к различным социальным проблемам. Проблемы на работе, развал семьи, скандалы и т.д. Больные выпивают огромные дозы алкоголя, близкие к

смертельным. Стремительно развивается процесс личностной, физиологической, социальной и духовной деградации.

Характерные признаки второй стадии:

- Усиление патологического влечения к алкоголю, которое приобретает характер насильственности
- Прекращаются попытки сопротивляться желанию выпить
- Усиливаются все симптомы первой стадии
- Толерантность к алкоголю достигает своего пика, постоянное пьянство, либо систематические запои
- Абстинентный синдром проявляется расстройствами нервной системы, сердечно-сосудистой, пищеварения, психическими расстройствами
- Резко усиливаются личностные изменения: эгоизм, цинизм, плоский алкогольный юмор, волевые процессы. В потребностной сфере доминирует употребление алкоголя

Третья стадия алкоголизма.

На третьей стадии патологическое влечение больного к употреблению алкоголя перестает его тяготить, он воспринимает алкоголь как средство необходимое для жизни. Развиваются хронические психотические расстройства, деградация личности принимает тяжелые формы. Больные имеют низкий уровень жизненных притязаний, кроме употребления алкоголя их существенно ничего не интересует. При этом, количество употребляемого алкоголя снижается, больные могут пить небольшими дозами в течении дня. Либо выпивать какое-то количество алкоголя один раз в день и в течении всего дня находиться в состоянии опьянения. Либо у больных могут быть многодневные запои с довольно продолжительным перерывами в употреблении, которые дают надежду их родственникам. Больные могут так же интерпретировать снижение толерантности в свою пользу. Так один больной хроническим алкоголизмом на третьей стадии заболевания, утверждал, что его родственники раньше считали его хроническим алкоголиком, потому что он много пил, а он всегда доказывал им, то в том, что он много пьет, виноваты жизненные проблемы, а не алкоголизм, и что теперь, когда все в жизни вошло в стабильное и спокойное русло, он пьет гораздо меньше, только для того, чтобы чуть-чуть поднять себе настроение.

Характерные признаки третьей стадии:

- Дальнейшее усиление предшествующих стадий
- Влечение к алкоголю теряет тягостный характер, становится менее навязчивым
- Насильственное влечение к алкоголю возникает в результате мелких по значимости психогенных факторов, и маленьких доз алкоголя

- Толерантность к алкоголю снижается, в результате приема небольших доз наблюдается продолжительное опьянение
- При употреблении больших доз наблюдается оглушение и сопор
- Частое употребление небольших доз, либо истинные запои (когда больные пьют по несколько дней), с промежутками от нескольких дней до нескольких недель.
- Алкогольная деградация личности наиболее выраженная (бомж), хронические психозы

Алкогольные психозы.

Типы:

- Эпизодический
- Рецидивирующий
- Затяжной

Виды:

- Алкогольный делирий
- Вербальный галлюциноз
- Алкогольный параноид (бред ревности)
- Корсаковский психоз
- Алкогольный псевдопаралич
- Энцефалопатия Гайе-Вернике

Алкогольный делирий.

Возникает, как правило, на второй стадии алкоголизма.

Острый алкогольный психоз, возникающий после прекращения длительной интоксикации алкоголем, через 1-3 дня.

Яркие зрительные сценородные галлюцинации, двигательное возбуждение, подъем температуры тела, обострение абстинентного синдрома.

Содержание галлюцинаций зачастую имеет схожие черты. Больные видят вокруг ползающих насекомых, пауков, тараканов, ящериц. Пытаются их разогнать, убить и т.д. Ранее, во время алкогольного делирия больные наблюдали маленьких чертей, отсюда пошло выражение «Чертей гонять». Бытовое название алкогольного делирия – белая горячка.

Вербальный алкогольный галлюциноз.

Острый алкогольный психоз. Синдром истинных, вербальных галлюцинаций, которые носят неприятное для больного содержание (брань, угрозы, оскорбление), при этом сознание больного грубо не изменено, он ориентируется в месте, времени и собственной личности.

Критическое отношение к галлюцинациям отсутствует.

Вербальный галлюциноз часто является причиной конфликтов больного с родственниками или соседями. Больному кажется, что они шушукуются за его спиной, обсуждают его в негативном свете, обзываются стоя за дверью и т.д. При этом больной даже открыв дверь и обнаружив, что там никто не стоит, будет уверен, что родственники вовремя убежали. Она больная стучала в стену соседям несколько ночей подряд, а когда те вызвали участкового инспектора, стала утверждать, что соседи сами виноваты, что они собирались ночами у стены со своей стороны и ругали её последними словами.

Алкогольный параноид.

Галлюцинаторно-параноидный синдром с бредом обыденного конкретного содержания и невыраженными вербальными галлюцинациями на фоне ясного сознания.

Бред ревности или преследования, встречаются бредовые идеи воздействия. Связанные с окружающей больного реальностью и конкретными лицами.

Бывает как острый(3-4 недели), подострый(2-3 месяца), хронический (свыше 3 месяцев)

Из практики:

Родственники одного больного хроническим алкоголизмом рассказали, что больной В. неоднократно странно себя вел, будучи абсолютно трезвым. Он утверждал, что как только он открывает окно, чтобы проветрить комнату, сосед справа тут же начинает обкуривать его из своего окна, при этом, каждый раз, когда он идет к окну чтобы посмотреть на соседа, тот успевает спрятаться и закрыть свое окно. Но если не высовываться, то можно совершенно точно услышать «ехидных» смех соседа и обрывки бранных фраз.

Так же он утверждал, что соседи с другой стороны квартиры специально ждут, чтобы он вышел из дома, чтобы подойти к мусоросборнику, на который у больного выходят окна и сложить там свой мусор. Якобы, таким образом, они выражают больному свое презрение. При этом больной называл конкретных людей, которые встретив его на улице вежливо с ним здороваются, но стоит ему отвернуться, как сразу начинают его бранить.

Тот же больной через некоторое время стал утверждать, что невестка со своей матерью пытаются реализовать план заговора против него и рассорить его со своим сыном, при этом больной систематически пытался показать сыну невестку и её мать в негативном свете. Так он однажды попросил невестку пропылесосить палас, когда в гостях у неё была её мать, и когда дома не было его сына. После того, как невестка пропылесосила палас, больной В. забрал пылесос и прорезал в мусоросборочном мешке несколько отверстий ножом. Дождавшись, когда в квартире оказались только больной и его сын, В. подошел к сыну с пылесосом и сказал, что невестка порезала

ножом пылесос, чтобы отомстить тестю за то, то он попросил её пропылесосить палас, и то на это её надоумила мать.

Тот же больной через некоторое время был обнаружен родственниками, спящим в коридоре квартиры на полу в собственных испражнениях, после чего был сильный конфликт у больного с родственниками, после которого больного привезли в НКД на кодирование.

В НКД больной утверждал, то он не мог такого сделать, что он очень чистоплотный человек и никогда не позволил бы себе такого. Случившуюся ситуацию больной объяснял следующим образом. Мать невестки, якобы заплатила сильному экстрасенсу, чтобы тот больного загипнотизировал, чтобы с ним случилась такая неприятность. И все это для того, чтобы опорочить его в глазах сына.

Корсаковский психоз.

Хроническое расстройство. Возникает на третьей стадии алкоголизма. Больной не может усвоить и зафиксировать новую информацию. При ответах на вопросы больной может сообщать вымышленную информацию, или переносит в настоящие события факты имевшие место в прошлом.

При продолжении употребления психоз развивается.

С прекращением употребления алкоголя прогрессирование останавливается, возможно частичное восстановление.

В таком состоянии больные могут воспринимать перестановку мебели в их комнате, или замену старой мебели на новую, как акт агрессии против них. Запомнить новое место расположения вещей для больного представляется сложнейшей задачей.

Больные могут принимать воспоминания о своих мыслях или фантазиях как воспоминания о случившихся в реальной жизни фактах. При этом, они могут в дальнейшем отказываться от своих слов, забывать их.

Родной брат одного больного хроническим алкоголизмом рассказал, что больной всерьез рассказывал ему о своем сыне историю, о том как тот был некоторое время в чеченском плену и повергался насилию и пыткам, при том, что его сын никогда не служил в армии и не имеет никакого отношения к военным действиям на Северном Кавказе, и это было прекрасно известно его родному дяде.

Через несколько дней больной утверждал, что он такого никогда не говорил и сказать не мог, что брат на него наговаривает и хочет выставить его сумасшедшим.

Алкогольный псевдопаралич.

Редко встречается. Хроническое расстройство, в основе которого лежит дефицит витаминов группы В.

Отмечаются нарушения концентрации внимания, истощаемость, ослабление памяти, ложные воспоминания. Возможны фрагментарные бредовые идеи величия.

Отмечаются неврологические расстройства. Обездвиживание, слабость. Нарушения стабильны, мало поддаются лечению.

Энцефалопатия Гайе-Вернике.

Хроническое расстройство. Редкое. Наблюдаются изменения сознания со спутанностью, речедвигательное возбуждение, делириозные явления, эпилептиформные припадки, изменения памяти по Корсаковскому типу, расстройства координации произвольных движений.

В настоящее время повсеместное распространение получил взгляд на алкоголизм, как на био-психо-социо-духовное заболевание. Практика лечения больных хроническим алкоголизмом показывает, что наиболее продолжительные ремиссии можно обнаружить при комплексном подходе к лечению. Односторонние методы лечения, как правило, не дают существенных результатов. Современная наркология эту ситуацию в полной мере осознает, и поэтому в наркологической клинике МНПЦ Наркологии с больными работают как наркологи, так и психологи, так и социальные работники, при этом МНПЦ открыт для контактов с благотворительными реабилитационными центрами религиозного толка.

Понятие био-психо-социо-духовное заболевание – подразумевает, что патологический процесс развивается на всех четырех уровнях, и что терапевтическое вмешательство одинаково необходимо на каждом из них.

Концептуальная модель "болезнь - лечение - выздоровление" не приемлема для наркологических больных, поскольку третий её компонент весьма проблематичен. Используется модель "болезнь - лечение - качество жизни". По мнению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) качество жизни - это "восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культуральных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами". Другими словами, под качеством жизни понимается достижение целей, задач, желаний, к которым человек стремится, соответствие характера жизни, который человек хотел бы вести, реальному положению вещей.

Качество жизни рассматривается как показатель и субъективный и объективный, включающий как экзистенциальные аспекты, самоощущение, так и оценку своего функционирования, которое может быть переменным. В этом случае рассматриваются вопросы трудовой деятельности, финансовая успешность, социальные и семейные взаимоотношения, межличностные контакты, характер занятий в свободное время и др. проблемы.

Корневые проблемы личности алкоголика и задачи психолога в работе с больным хроническим алкоголизмом.

В клинической психотерапии существует понятие корневой проблемы личности.

Корневая проблема личности – это некие свойства характера и другие качества личности, которые присущие данному конкретному человеку от природы. То есть, являются обусловленными физиологией. При этом, корневая проблема может стать менее значимой и деструктивной, если в результате обучения, либо в результате психотерапии индивид узнает о своих особенностях и стремится реализоваться в творческом или ином плане, стремится, опираясь на знание о своих особенностях, к улучшению качества своей жизни к саморазвитию и самореализации.

В качестве корневых проблем личности алкоголика можно выделить:

- Низкий уровень развития эмоционально волевой сферы личности
- Алекситимия
- Аддиктивное поведение
- Нарушения целеполагания
- Низкая стрессоустойчивость

Все эти проблемы в основе своей имеют низко развитую способность индивида к осознанию своей системы доминирующих потребностей, к организации и произвольной регуляции собственной деятельности, направленной на их удовлетворение.

Исходя из этой логики, может показаться, то развитие такой способности должно стать основной задачей при оказании психологической помощи.

Но дело в том, что даже при использовании передовых методов психотерапии, например, таких как трансперсональная психотерапия, или психодрама, или применение гипносуггестивных техник, и наличии мотивации к такой работе у больного, этот процесс может занимать годы, при чем, с постоянной вероятностью срыва, и возвращения к начальному этапу в случае срывов. Но, это только в случае мотивации к улучшению качества жизни у больного, а в случае отсутствия такой мотивации, возможность оказания психологической помощи больному хроническим алкоголизмом снижается еще меньше.

Поэтому передовыми задачами при оказании психологической помощи больным хроническим алкоголизмом являются:

1. Мотивация на отказ от употребления
 - Исследование запроса озвученного больным
 - Исследование истории развития алкоголизации
 - Анализ разрушений в био-психо-социо-духовной сфере больного

- Образовательная лекция на тему «Клиника алкоголизма»
- Образовательная лекция на тему «Мотивация употребления»
- Образовательная лекция на тему «Корневые проблемы личности больного хроническим алкоголизмом»
- Раскрытие картины развития алкоголизации больному
- Обсуждение причинно-следственной связи употребления алкоголя с существующим запросом
- Обсуждение условий и перспектив эффективного взаимодействия с психологом
- Обсуждение возможных вариантов взаимодействия с другими специалистами (психиатр-нарколог, социальный работник, духовный наставник)
- Составление психотерапевтического контракта

2. Профилактика срыва

- Исследование пусковых механизмов состояния патологического влечения к алкоголю
- Анализ поведения больного при возникновении этого состояния
- Поиск альтернативных вариантов поведения
- Обучение расслабляющим и успокаивающим психотехникам
- Исследование внутренней картины болезни
- Составление внутренней картины здоровья

3. Помощь в адаптации к трезвой жизни

- Работа с корневыми проблемами личности
- Психологическая и моральная поддержка
- Взаимодействие с другими специалистами

В предложенной модели рассматривается ситуация, когда пациент пришел на первичный прием, не имея до сих пор опыта наркологического лечения.

В таком же порядке, эти задачи можно обозначить этапами работы с больным хроническим алкоголизмом.

Решение каждой из обозначенных задач – это сложный и комплексный процесс, каждый этап которого требует большого терпения и точного понимания психологом поставленных терапевтических задач, а точнее, этапа работы с больным.

Работа с корневыми проблемами личности может начинаться только при условии решения первых двух задач, в процессе оказания помощи в адаптации к трезвой жизни.

Если больной продолжает употребление алкоголя, то работа с корневыми проблемами личности не принесет совершенно никаких результатов. И точно так же, если больной не научился тому, что нужно делать в случае возвращения патологического влечения к алкоголю, чтобы не сорваться, то работа с

корневыми проблемами личности, вероятнее всего закончится после первого же срыва.

Непонимание этой логики работы, является причиной множества неудач в работе по оказанию психологической помощи больным хроническим алкоголизмом.

Можно ошибочно подумать, что первые две задачи решает, так называемое, «кодирование» врачом наркологом, при котором больной может сохранять продолжительную ремиссию, будучи уверенным, что принимать алкоголь в настоящее время опасно для его жизни.

На самом деле, с «закодированными» пациентами необходимо работать еще аккуратнее, поскольку практика показывает, что «закодированные» пациенты часто обращаются за психологической помощью тогда, когда чувствуют опасность срыва, при этом трудно понять, что их действительно интересует больше, помощь в том, чтобы сохранить ремиссию, либо возможность делегировать ответственность за срыв психологу.

В любом случае, при обращении «закодированного» больного следует начать работу с диагностики психоэмоционального состояния, с выяснения мотивации для «кодирования» и способах реагирования больного в случае возникновения патологического влечения к алкоголю.

Техника: Мотивация на отказ от употребления.

Техника проводится на этапе обсуждения условий и перспектив эффективного взаимодействия с психологом. И является, скорее, проверкой уже существующей мотивации больного.

Больному предлагается взять заранее заготовленные три одинаковых листа бумаги.

Далее, больному предлагается написать на одном из листов сочинение на тему «Что полезного мне дадут полгода (или год) трезвости?».

Далее, больному предлагается написать сочинение на тему «Что негативного может произойти со мной через полгода (или год), если я продолжу пить, и алкоголизм будет развиваться?».

Далее, больному предлагается написать последнее сочинение на тему «Что негативного может произойти со мной через полгода (или год), если алкоголизм будет развиваться в два раза быстрее, чем я предположил в предыдущем сочинении?»

Далее, перед больным раскладываются все варианты сочинений, и больному предлагается ответить на вопрос

«Чем эти варианты Вашего вероятного будущего отличаются друг от друга?»

Больные, как правило, дают простые ответы: - Один хороший, другие - плохие... - Один желанный, другие – нет... и т.д.

После того, как больной озвучил все возможные варианты ответов, которые пришли ему на ум, больному дается вариант ответа психолога:

«Два последних варианта будущего могут реализоваться сами по себе, при этом, от Вас не требуется предпринимать никаких усилий, чтобы что-то изменить. Но, чтобы реализовать первый возможный сценарий, Вам придется очень сильно постараться и приложить много усилий»

Техника позволяет обнажить истинную мотивацию больного, если её нет, и он пришел на прием не готовым к решению своей проблемы, то в следующий раз он уже не придет. Но, если в следующий раз он приходит, то психолог в дальнейшем имеет дело с мотивированным на действия и на изменения человеком, и вероятность терапевтического успеха существенно возрастает.

Техника: «Исследование внутренней картины болезней и формирование внутренней картины здоровья»

Техника проводится на этапе профилактики срыва, после мотивационного этапа. Техника также может служить проверкой для существующей мотивации, немотивированные на изменения пациенты оказываются неспособными её пройти до конца.

Перед больным, в вертикальном порядке раскладывается 5 листов бумаги, которые представляют пять нейрологических уровней восприятия. Листы бумаги, как бы отдаляются от больного один за другим.

1. Окружение.
2. Поведение.
3. Способности и возможности.
4. Убеждения и ценности.
5. Цель в жизни, или миссия.
6. Собирательный образ «Я»

Больному предлагается встать поочерёдно на каждый лист и описать как можно подробнее этот уровень восприятия относительно проблемы.

То есть, на этапе «Окружение» больной описывает окружение, которое связано с процессом употребления алкоголя.

На этапе «Поведение» больной стоит лицом к «Окружению» и рассказывает, какое именно поведение он осуществляет в окружении, о котором только что рассказал.

На этапе «Способности и возможности», больной рассказывает, какие свои способности и возможности он реализует в том поведении, которое только что описал, и в том окружении, про которое только что рассказал.

На этапе «Убеждения и ценности» он рассказывает, какие убеждения и ценности заставляют его это делать.

Далее, но размышляет о смысле, цели и миссии своей жизни исходя из всего сказанного только что.

После этого, больной разворачивается в сторону последнего листа и ему предлагается представить себя самого со стороны на оставшемся листе. Представить того себя, который живет только что озвученной жизнью.

При появлении воображаемого образа, его предлагается детально рассмотреть. Описать одежду, выражение лица, позу, взгляд.

Очень важно, чтобы больной визуализировал именно на оставшемся листе, а не глядя в потолок, иначе это будет не визуализация, а простая фантазия.

Больному предлагается, глядя на воображаемый образ вступить с ним в диалог, чтобы выяснить, насколько этому визуализированному «Я» дискомфортно жить в существующих условиях, что именно доставляет ему страдание.

Готов ли он к изменениям в сторону здоровья и отказа от употребления?

Если нет, то, что нужно сделать, чтобы он стал готов?

Если снова ответ отрицательный, то больному предлагается мысленно рассказать этому образу о том, как ему тяжело жить с этой проблемой, чем ему грозит ухудшение и развитие заболевания.

Попросить этот образ помочь в решении проблемы с алкоголем.

Как правило, на этом уровне диалог уже приводит к каким-то результатам, то есть визуализированный образ проявляет готовность взаимодействовать ради выздоровления, либо намекает на то, что ему нужно, чтобы стать готовым, это, как правило, намек бессознательного на возможную альтернативную аддикцию (спорт, любовь, секс, работа и т.д.)

И тогда можно приступать к следующему этапу работы, к этапу формирования внутренней картины здоровья. Но, если снова ответ отрицательный, то предлагается спросить,

Чего же хочет и чего добивается этот визуализированный образ «Я»? Зачем ему это? И что будет дальше, после того, как он это получит?

Два последних вопроса необходимо задать, даже в случае, если визуализированный образ намекает, что хочет смерти больного.

Больной в момент диалога с визуализированной частью себя входит в определенное трансовое состояние, в котором расслабленное сознание легко пропустит информацию о том, что с визуализированной частичкой «Я» больного может что-то быть после его смерти.

Как бы ни было странно, но если диалог доходит до этого этапа, то тут, самые ожидаемые ответы визуализированной частички, это ответы: свобода, легкость, радость и т.д.

Тогда больному предлагается сообщить частичке, что он сделает все, что от него зависит, чтобы свободу, легкость, радость и т.д. эта визуализированная частичка «Я» получила бы гораздо быстрее, если она поможет больному в его стремлении к выздоровлению и к отказу от употребления.

Это примерный сценарий диалога с визуализированной частичкой себя. Диалог может повернуться в какую угодно сторону, психолог должен помнить о целях этого диалога и направлять его в нужную сторону.

Упомянутая визуализированная частичка, является собирательным образом, содержащим в себе информацию о жизни больного, которая только что была актуализированная в ходе выполнения предыдущих этапов техники.

Фактически, этот образ содержит в себе внутреннюю картину болезни больного. Задача диалога – внести в эту картину идею о необходимости качественного изменения в жизни больного. И это будет первый этап для формирования внутренней картины здоровья.

Формирование внутренней картины здоровья.

Больному дается в руки 5 чистых листов бумаги и маркер. После этого, больному предлагается, выбрать удобное место в помещении, для формирования внутренней картины здоровья. Далее, больному предлагается, самостоятельно прописывая названия нейрологических уровней восприятия, описать его возможное окружение, поведение, при условии отказа от употребления алкоголя. Далее, описать какие свои способности и возможности он хотел бы и мог бы реализовать в этом поведении в этом окружении, какие убеждения и ценности могут ему помочь в этом, какая цель в жизни, или

миссия выходит на первый план в этом случае и построить собирательный образ трезвого «Я», глядя на последний лист.

Собирательный образ «Я» следует так же детально описать. Далее, больному предлагается встать на последний лист и войти в этот собирательный образ «Я», описать свое состояние. Важно, чтобы это было позитивное состояние, приятное состояние, желанное состояние, пройтись в нем по нейрологическим уровням картины здоровья, попробовать еще раз подумать на каждом из них, и может быть что-то добавить, или что-то закрепить, из озвученного ранее. После чего, больному предлагается вернуться на последний лист, и собрать по очереди все листы.

Техника завершена.

Техника наведения ресурсного транса.

Для составления трансового текста, в Эриксоновском подходе используются косвенные внушения.

Виды внушений:

1) Сложносоставное внушение.

Сложносоставное внушение представляет из себя сложносочиненное или сложноподчиненное предложение. Чаще всего первая часть предложения является присоединением, т. е. описывает происходящее с собеседником, а вторая часть – ведением, т.е. говорит об эффекте, который предполагается получить.

2) Последовательность принятия.

Человек следуя за логикой вашей речи, мысленно соглашается с каждым последующим постулатом, поскольку согласился с предыдущим. Если оппонент вам несколько раз ответил «да» на ваши вопросы, просьбы, заявления, то в пятый раз он ответит «да» автоматически.

3) Пресуппозиция.

Пресуппозиция – это предположение, предполагается явление, которое обязательно случится. Предложение строится таким образом, что та часть которая содержит внушение остается безударной, а ударение падает на другую часть, таким образом безударная часть кажется само собой разумеющейся.

4) Трюизмы.

Банальные фразы, которые все знают. Пословицы, народная мудрость и т.д. Трюизмы заполняют пустоту между слов, сознание воспринимает этот материал пустым и пропускает внушение, которое он содержит.

5) Негативные парадоксальные.

Рассчитаны на людей, которые выбрали стратегию несоглашательства по отношению к Вам. Вы привлекаете внимание к важному для Вас моменту и формулируете его с частицей «не», несоглашатель тоже дает свое «не», и вы получаете желаемый результат.

6) Двойная связка или выбор без выбора.

По логике действия близка к пресуппозиции, но дополняется одним элементом. Создается иллюзия выбора и свободного принятия решения, в то время как важная для вас часть остается само собой разумеющейся.

7) Метафора.

Метафора – основной вид внушений. Необязательно говорить, что в жизни человека все может измениться. Контекст изменений можно внести через метафору. Свойства метафоры:

а) Подобие проблеме собеседника. Бессознательное связывает себя с символами метафоры и воспринимает развитие метафоры как программу к действию.

б) Целостность образа позволяет ей найти дорогу в абстрактное правое полушарие мозга, которое считается зоной бессознательного.

в) Многозначность метафоры позволяет найти в ней тот смысл который нужен, даже если Вы его в неё не вкладывали.

8) Контекстуальное внушение.

Присутствует, когда на фоне размеренной речи слово или фраза выделяется тоном голоса, паузами, громкостью или какими-либо другими речевыми характеристиками.

9) Мобилизующие внушения.

Для их создания используется особый порядок построения фразы, произносимой за один выдох. На конце фразы ставится глагол или отглагольные части речи, например, причастие, которые носят мобилизующий, побуждающий характер, что усиливается ударением. Таким образом бессознательное субъекта стимулируется и подталкивается к действию.

10) Внушения связанные со временем.

Можно рассматривать как вариант двойной связки, но отличие в том, что тут внушение происходит за счет того, что собеседнику дается срок для выполнения изменений и предписанных действий.

Поскольку жестких требований нету, собеседник внутренне соглашается и изменения происходят.

11) Аллюзии или намеки.

Этот вид внушения формируется, когда вы не называете словами какой-то факт или явление, но намекаете на него. Намеком может быть какой-то словесный якорь или слово/фраза ассоциативно связанная с каким-то действием или

фактом. Внушение происходит за счет того, что основная информация продуцируется самим собеседником и не воспринимается им как внушаемая из вне.

12) Открытые.

Посев идей. Человеку дается несколько идей на выбор, идеи должны описывать его возможности развития ситуации, описываются все его возможности, но при этом оставляется выбор открытым и предлагается ему самому дополнить варианты.

В этом случае человек формирует свой вариант развития ситуации, при этом принимая ваши формулировки его возможностей как внушения.

Ресурсный транс в данном случае выполняет в основном расслабляющую функцию, помогает больному снять нервное напряжение, с которым он привык справляться с помощью алкоголя. Так же ресурсный транс помогает остановить внутренний диалог и отвлечь мысли больного от выпивки.

Для более глубокого применения гипносуггестивных техник в психокоррекции и психотерапии, необходимо пройти обучение на специализированном учебном курсе.

Но для решения вышеописанных задач, достаточно растянутым спокойным голосом, прочитать нижеприведенный трансковый текст.

Текст:

Именно сейчас, сидя на этом стуле, в этой комнате, вы можете закрыть глаза, расслабиться и приготовиться войти в транс.

Потому что именно сегодня, вы пришли на это занятие, в эту комнату и сели на этот стул, для того чтобы попробовать войти в состояние транса и почувствовать себя расслабленно, комфортно.

И погружаясь в транс, вы можете попробовать расслабиться еще чуточку больше чем сейчас, потому что именно в расслабленном состоянии проще всего почувствовать себя комфортно и чем больше расслабление, тем приятнее ощущения в теле, и чем глубже вы погружаетесь, тем больше по телу расходится волна удовольствия.

Утро сменяет день, день сменяет вечер, вечер сменяет ночь и в какой-то момент нам всем хочется расслабиться и погрузиться в особое состояние, в то состояние, в котором мы можем позволить себе почувствовать себя комфортно, расслаблено.

И может быть, вы не хотите погрузиться в транс, это хорошо.

Потому что, погружаясь в транс, вы можете не хотеть погружаться в транс.

Или вы можете хотеть погружаться в транс, погружаясь в транс.

Вы можете делать что угодно, потому что именно в трансе вы можете почувствовать себя свободно и легко.

Словно пушинка на легких порывах теплого весеннего ветра, которая, покачиваясь и кружа, медленно спускается на травку и погружается в глубину зеленого покрывала весенней травы.

И может быть именно сейчас, вы с удивлением для себя обнаружите, что ваше состояние как-то изменилось. А может быть оно продолжает меняться, потому что именно сейчас вы можете попробовать погрузиться еще глубже и расслабиться еще больше.

Просто экспериментируя, и исследуя это состояние, вы можете попробовать узнать насколько глубоко сейчас вы можете войти в транс

И вы можете сделать это сейчас или чуть позже, может быть на этом занятии, или на следующем, а может быть, вы уже это сделали, и наслаждаетесь, чувствуя себя комфортно и расслабленно, находясь в транс.

И может быть, сейчас вы уже сможете понять, что сопротивление трансу – это «Сизифов труд», потому что если у человека возникло сопротивление, значит, какая-то его часть уже вошла в транс, и стремится погрузиться чуть глубже, чем это может позволить сегодня какая-то другая его часть. Но в какой-то момент камень скатывается с горы и Сизиф расслабляется.

А может быть, Вы не захотите входить в глубокий транс, а может быть, захотите.

А может быть, Вы не захотите расслабляться, а может быть, захотите.

И Вы можете расслабиться и войти в транс, а можете не расслабиться и войти в транс,

Или Вы можете расслабиться и не войти в транс, или не расслабиться и не войти в транс.

Погружаясь в транс, Вы можете делать что угодно, потому что именно в транс Вы можете почувствовать себя легко и свободно.

И Вы можете насладиться этим, погружаясь все глубже и глубже, и расслабляясь все больше и больше.

И может быть действительно, чтобы расслабиться глубоко, нужно это делать постепенно.

И тогда первыми могут расслабиться веки глаз,

И как будто волна расслабления пройдет по ним и веки расслабятся.

И расслабляясь, веки могут научить расслабиться все лицо, щеки, скулы. И лицо расслабляется.

И расслабляясь, лицо может научить расслабиться шею и плечи. И шея расслабляется, и плечи расслабляются.

И как будто волна расслабления проходит по телу и уходит куда-то в пол. И тело расслабляется.

И может быть, Вы стали замечать, что ощущения в теле как-то изменились.

Может быть, одна рука стала чуть тяжелее другой, а другая легче.

И может быть, Ваше тело стало воздушным и почти невесомым.

А ноги налились тяжестью и вросли в пол, как будто пуская, в него свои корни.

И может быть, Вы заметили, что как-то изменилось Ваше дыхание.

И пока Вы исследуете Ваше тело в трансе, я предложу какой-то частичке Вас оставаться в этом исследовании и продолжать его,

А какой-то другой частичке, я предложу с помощью воображения выйти мысленно из Вашего тела и вознестись над ним, как будто паря в воздухе.

Чутьочку повисеть над ним и улететь еще выше,

Попарить над этим зданием и улететь еще выше.

И я предложу Вам представить, что Вы бестелесная частичка чистого разума, которая летит где-то в космосе, куда-то далеко далеко.

И улетаая все глубже и глубже в просторы космоса,

Вы можете почувствовать, как какое-то чувство свободы и полета, приносит Вам ощущение комфорта и легкости.

И это именно то, что я предложу Вам сделать,

Я предложу Вам максимально, насколько это возможно,

Почувствовать себя комфортно.

Именно сейчас, именно в эту минуту, попробуйте увеличить это ощущение как можно больше.

Попробуйте выбрать именно ту глубину погружения, где это сделать максимально проще.

И может быть, оставаясь в трансе на этом уровне, а может быть, погружаясь еще глубже,

Позвольте себе поэкспериментировать.

Позвольте ощущению комфорта и легкости расслабить Вас,

Позвольте себе насладиться этим погружением и запомнить его, и Вы можете побыть в этом состоянии столько, сколько хотите, а когда Вы захотите, Вы сможете вернуться в эту комнату и открыть глаза.

Ресурсный транс "Любимый уголок природы"

(Институт Психотерапии и Клинической Психологии)

Вы можете устроиться поудобней, так удобно, как хочется Вам, так чтобы это удобство стало для Вас лёгким и приятным, было удобно Вашей спине, рукам, ногам, шее, чтобы было удобно голове.

Если Вашим глазам захочется, они могут легко и свободно закрыться так, чтобы внутренним, своим внутренним взором Вы могли видеть так же хорошо, как видите обычно, как видите каждый день, каждый час.

И может быть, следуя за этим внутренним взором, Вы можете отправиться в приятное путешествие, в то время как частица Вас будет знать, что Вы находитесь здесь, знать положение Ваших рук, Ваших ног.

Другая частица вас вместе с Вашими мыслями, может уноситься далеко-далеко, в другой мир, может быть в далёкий уголок природы.

И мой голос будет сопровождать Вас в этом путешествии, и мой голос и все окружающие Вас звуки Вы сможете превратить в то, во что Вы захотите.

И когда человека спрашивают о том, где ему было бы приятно отдохнуть, отдохнуть и расслабиться, может быть узнать для себя что-то важное и нужное, то кто-то хочет отдохнуть на берегу реки, может быть маленькой, а может быть большой, так, чтобы можно было глядеть на её воду, воду которая движется, заворачивает взгляд, уносит что-то.

А кому-то, кому-то хочется очутиться в лесу, может быть на лесной поляне, где можно посмотреть вверх, где стволы деревьев уносят свои ветви и листья, всё ближе к небу, показывая их солнцу.

Где шумит ветерок, где поют птицы, где ласково пригревают солнечные лучи, которые пробиваются сквозь листья, сквозь деревья, где есть прохлада, которая даже летом даёт ощущение лёгкости, ощущение свободы.

А может быть кому-то приходят мысли о южном морском берегу, где можно лечь, раскинуть руки, ощущая тепло, тепло песка, который греет, который касается кожи крохотными песчинками.

И в то же время вспоминается жаркое знойное солнце, и редкие облака, и запах водорослей, криками чаек, и каждый может поискать для себя такое место.

Может быть это будет место, где Вы привыкли отдыхать, но может быть это будет совершенно необычное и даже неожиданное для Вас место.

Так что вы можете удивиться, удивится тому, что Ваши мысли привели вас сюда.

Может быть для чего-то, для чего-то важного, а может быть для того, для того чтобы дать вам возможность и время отдохнуть так, чтобы вы могли наслаждаться красотой этого места, красотой, уютом и каким-то особенным спокойствием, спокойствием и внутренней гармонией.

И может быть видя это место, слыша звуки, которые есть здесь. может быть и шум ветра, и шорох травы, может быть пение птиц, может быть ощущая какую-то особенную тишину, которая обволакивает Вас, проникая глубоко, глубоко, рождая внутри необычные чувства, когда понимаешь, что есть какое-то внутреннее родство, внутренняя глубокая связь с этим местом, когда может быть начинают, начинают растворяться какие-то ненужные границы, и когда можно спокойно ощущать себя частицей этого места и радоваться, и радоваться тому, что место принимает вас как частицу себя, обхватывая, обволакивая, унося куда-то.

И может казаться, что время, время осталось где-то далеко-далеко, что наступает то, что называется вечностью, что называется спокойствием, уютом, умиротворением.

И даже где-то в глубине, в глубине вас, вы ощущаете, как это умиротворение проникает, достигает самых глубоких глубин, и вместе с ним входит что-то ещё.

Может быть, как раз то, что чего ждала и искала какая-то внутренняя частица Вас, то, что было нужно, то чему пришло время сейчас найти, найти в Вас своё место, занять его, занять по праву.

И этому, этому можно позволить, позволить идти дальше, дальше и дальше так глубоко, как глубоко Вы готовы идти сейчас.

И может быть, это будет происходить само собой. И у вас есть время, есть время для себя, для того чтобы это продолжалось и даже тогда, даже тогда, когда вы узнаете, что вам нужно возвращаться обратно. Это может происходить, происходить само по себе дальше, даже тогда, когда может быть, Вы забудете об этом, когда придёт время открыть глаза, придёт время разговаривать друг с другом.

Потому что какая-то глубокая частица вас будет помнить о том, что есть то самое место, тот уголок природы, в котором, в котором вы нашли частицу себя.

И когда Вам захочется, Вы сможете вспоминать о нём, путешествовать туда, даже не вспоминая.

Важно, чтобы где-то в глубине у вас нашлось, нашлось такое желание, и сейчас у вас есть время, время для себя, для того чтобы ещё раз насладиться этим местом.

Может быть для того чтобы, чтобы сказать до свидания перед тем, как Вы вернётесь сюда. И тогда, чувствуя своё тело бодрым, отдохнувшим, с ощущением лёгкости и свободы вы можете вернуться сюда и открыть глаза, открыть глаза и наблюдать, наблюдать и удивляться, удивляться и восхищаться теми знаниями, теми способностями, тому новому, а может быть и знакомому, что вы вновь откроете, или увидите в себе.

Расслабляющие техники с использованием дыхания.

Сандомирский М. Е.

Защита от стресса. Физиологически-ориентированный подход к решению психологических проблем (Метод РЕТРИ). — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. — 336 с.

Рецензент: доктор психологических наук, профессор В. В. Козлов

Упражнение «Дышим животом»

Это очень простое упражнение предназначено для тренировки брюшного дыхания. Многим достаточно будет выполнить его всего-навсего один раз (в отличие от остальных упражнений, предназначенных для регулярных, повторных занятий).

Лягте на спину. Расслабьтесь. Начните дышать животом. Внимательно следите за тем, чтобы грудная клетка практически не принимала участия в дыхании. Для контроля положите ладонь левой руки на грудь, правой — на живот. Дышите животом и только животом, так, чтобы правая ладонь поднималась и опускалась при вдохе/выдохе, левая же оставалась неподвижной. (В качестве вспомогательного средства можно ограничить дыхательные движения грудной клетки принудительно, например, туго забинтовав ее или стянув с помощью подручного куска плотной ткани). Обратите внимание, что глубокое брюшное дыхание включает и

содружественные движения таза (отодвигание назад на вдохе и выдвигание вперед — на выдохе).

Если вы обнаруживаете, что заданный режим дыхания начинает без особых проблем поддерживаться и сам по себе, без вашего контроля, можете через 3 — 5 минут переходить непосредственно к выполнению следующего упражнения.

Медико-физиологическое обоснование.

Брюшное дыхание — удобный и достаточно действенный инструмент нейтрализации тревоги, возбуждения, всплеск отрицательных эмоций, который зачастую оказывается достаточным для того, чтобы человек смог успокоиться в ситуации внезапного кратковременного стресса. Наряду с тем, что глубокое, медленное брюшное дыхание подсознательно ассоциируется с состоянием покоя и отдыха, его противострессовым механизмом является еще и стимуляция блуждающего нерва, способствующая общему расслаблению. Повышение тонуса блуждающего нерва (основного звена парасимпатической вегетативной нервной системы), противодействующее физиологическим проявлениям симпатической активации, вызванной внезапным стрессом, представляет собой составную часть описанной ранее реакции релаксации.

Упражнение «Осознание дыхания»

Осознание дыхания — простейший навык самонаблюдения, наблюдения за собственными ощущениями, за собственными физиологическими процессами (вспомним упражнение «Знакомство с собой»).

Итак, вы лежите на спине в расслабленном состоянии и дышите животом. Попробуйте действительно почувствовать свое дыхание.

Очень внимательно наблюдайте за всеми ощущениями, которые появляются при дыхании. Потратьте на это хотя бы 5 — 7 минут непрерывно.

Обратите внимание на следующие ощущения (можете найти еще массу дополнительных ощущений самостоятельно):

— Прохождение воздуха через дыхательные пути. Проследите его прохождение через нос, носоглотку, затем через гортань и трахею (для тех, кто основательно подзабыл анатомию: гортань расположена в области шеи — там, где проилупывается «адамово яблоко»; трахея продолжается ниже, входя в грудную полость). Обратите внимание, не возникает ли где-либо на этом пути ощущение препятствия прохождению воздуха.

— Подъем и опускание грудной клетки при вдохе/выдохе. (Очень небольшое; не забывайте, что нужно дышать животом.)

— Втягивание и выпячивание живота при вдохе/выдохе.

— Действительно прислушайтесь, в прямом смысле этого слова, к своему дыханию. Послушайте этот звук, звук своего дыхания. Заметьте, где он возникает.

Упражнение «Направленное дыхание»

Упражнение вырабатывает навык мысленного управления собственными ощущениями. Дыхание же используется как рабочий инструмент для этой цели. Навык является базовым для выполнения всех последующих упражнений.

Итак, потратьте несколько минут для приведения своего организма в нужное исходное состояние (расслабление, брюшное дыхание).

Понаблюдайте за внутренними ощущениями, связанными с дыханием (как при выполнении предыдущего упражнения). Найдите среди них ощущение, привязанное к области центра грудной клетки (примерно на уровне четвертого межреберья). Если ощущение локализуется поверхностно, то оно может напоминать прикосновение; если же вы чувствуете его где-то в глубине груди; то оно может напоминать тяжесть — впрочем, весьма умеренную, вполне терпимую. Понаблюдайте, как оно меняется при вдохе и выдохе. Изменения будут противоположными: если это ощущение прикосновения, внешнего давления, то обычно при вдохе оно усиливается, при выдохе же его «нажим» ослабевает. Если это ощущение внутренней тяжести, то обычно при вдохе тяжесть растет, «наливается», соответственно, при выдохе тяжесть уменьшается, «тает». Будьте очень внимательны: поначалу изменения могут быть едва заметными; по ходу наблюдения они обычно усиливаются (так устроено наше внимание). После появления устойчивого ощущения в центре грудной клетки, по-разному отзывающегося на вдох и выдох, дайте волю своей фантазии, вообразив, что дыхание, вдыхаемый воздух, помимо его движения через дыхательные пути, проходит еще и через этот участок, мысленно представив, что вы дышите через этот участок своего тела. Подышите подобным образом хотя бы 4-5 минут. Затем попробуйте таким же образом мысленно направить ваше дыхание в другие участки тела, например, в область переносицы; в область пупка; в область большого пальца на правой ступне... Словом, в любую произвольно выбранную область тела.

Медико-физиологическое обоснование и комментарий, вызванный особой важностью упражнения для дальнейшей работы

Но что же значит дышать якобы через какую-то часть тела? Что за нелепые фантазии? Естественно, это воображаемое дыхание, существующее лишь в представлении мозга. Физиологически никакого дыхания через кожу происходить не может. На самом деле ощущение «внелегочного» дыхания говорит о том, что установилась временная связь между двумя участками мозга: с одной стороны, воспринимающим информацию из дыхательных путей, от дыхательных мышц и, с другой стороны, получающим информацию из соответствующей области тела, не связанной с дыханием. В результате изменения ощущений в выбранном участке тела прежде всего ритмические колебания их интенсивности происходят синхронно с фазами дыхательного цикла (обычно ослабление интенсивности на вдохе и усиление — на выдохе). Образование подобной временной связи между различными очагами возбуждения в мозге, их влияние друг на друга лежат в основе различных практически полезных феноменов — борьбы с болью, умения управлять

собственным пульсом, или артериальным давлением, или настроением. Критерием правильности выполнения упражнения (мысленного направления дыхания в заданную область тела) является синхронность дыхания и ощущений в выбранной части тела. Обычно отмечается одновременность и однонаправленность изменения интенсивности ощущений с фазами дыхательного цикла (например, усиление на вдохе и ослабление на выдохе).

Упражнение «Расслабляющее дыхание»

В этом упражнении используется различная психофизиологическая роль вдоха и выдоха:

- вдох — возбуждает, мобилизует, усиливает мышечное напряжение, сопровождается ощущением прохлады;
- выдох - успокаивает, рассеивает отрицательные эмоции, помогает расслаблению мышц, сопровождается ощущением тепла.

Будем использовать эту замечательную функцию выдоха для более полного расслабления и успокоения эмоций. Это очень просто — расслаблять мышцы именно в момент выдоха.

Используйте приобретенные ранее навыки расслабления, брюшного дыхания. После того как вы уже проделали процедуру мышечного расслабления, повторите ее еще раз, все время поддерживая дыхание животом. При этом мысленно представляйте движение и напряжение мышц на вдохе, расслабление — на выдохе, мысленно направляя дыхание в соответствующую группу мышц. После завершения процедуры сравните, насколько более полно вам удалось добиться расслабления, «подключая» дыхание. Затем непосредственно переходите к выполнению следующего упражнения, не выходя из достигнутого состояния расслабления.

Упражнение «Дыхание с облегчением»

Упражнение для тренировки навыка использования «успокоительной» функции выдоха (см. предыдущее описание). Прямые аналоги подобного способа дыхания используются в многочисленных религиозных практиках.

Вспомните о чем-нибудь неприятном, досадном, раздражающем. Наблюдая за внутренними ощущениями, найдите именно те, которые появились при неприятном воспоминании. Продолжайте думать о неприятном, одновременно продолжая следить за ощущениями, связанными с этими негативными мыслями. Начните дышать глубже животом, представляя каждый выдох как выдох облегчения (нечто подобное возгласу «О-ох-х...»), вместе с которым уходит часть неприятных ощущений, снимается часть тяжести, связанной с неприятными мыслями и воспоминаниями (и вы действительно почувствуете это с каждым выдохом).

Только не забывайте следить за процессом «снятия с души тяжести» непрерывно. Очень важно при выполнении этого упражнения направить внимание исключительно на внутренние ощущения, все время следить за ними,

не отвлекаясь на новые неприятные мысли или воспоминания, которые могут последовать за первоначальными, если ваше внимание будет направлено на их поиск. Продолжайте дышать подобным образом не менее 5 — 7 минут. Перед выходом из упражнения сравните, насколько уменьшились неприятные ощущения и как изменилось настроение, эмоциональный фон.

Упражнение «Дыхание на счет»

Описание этого упражнения начнем с краткого физиологического обоснования. До сих пор мы использовали «симметричное» дыхание, в котором вдох и выдох «симметричны», одинаковы по времени. Помня о различной психофизиологической роли вдоха и выдоха, попробуем представить, что получится, если использовать разную продолжительность вдоха и выдоха, разное их соотношение. Очевидно, что мы получим два противоположных типа дыхания: дыхание с преобладанием вдоха — активизирующее (медленный, протяжный вдох, сменяющийся быстрым выдохом — напряжение, мобилизация, сбрасывание сонливости, усталости).

Дыхание с преобладанием выдоха — успокаивающее (быстрый вдох, медленный выдох — расслабление, снятие эмоционального возбуждения, ослабление боли, дискомфорта и прочих неприятных внутренних ощущений, неторопливый отдых, переход ко сну).

Соответственно наше очередное упражнение будет предназначено для выработки навыка «асимметричного» дыхания.

Истоки этого упражнения, традиционно применяемого в различных курсах аутогенной тренировки (Беляев Г.С. и соавт., 1977) и мышечной релаксации, уходят в далекое прошлое, в систему йогических дыхательных упражнений — пранаяму, или систему управления «жизненной энергией» — праной (Каптен Ю.Л., 1993; Зубков А., 1991).

Продолжительность вдоха и выдоха будем задавать с помощью счета; к примеру, ритм дыхания 4:2 будет означать долгий вдох (делая вдох, мысленно считаем: 1... 2... 3... 4...) и короткий выдох (на счет 1... 2...)

Обратите внимание, что в данном упражнении чередование вдоха и выдоха, в отличие от йоговского дыхания — пранаямы, осуществляется без пауз. И если ранее мы не акцентировали на этом внимание, то далее везде будем применять именно такой способ дыхания. Это так называемое «связное» или циркулярное дыхание, применяемое в таких техниках, как ребефинг, вайвейшн и «Свободное дыхание». По нашему мнению, оно гораздо проще и ближе к естественному (понаблюдайте за животными: как правило, они дышат без пауз). Вначале в данном упражнении, как и в предыдущих, будем использовать полезные свойства выдоха, растянув его, удлинив по сравнению со вдохом («успокаивающее» дыхание); затем потренируемся в «мобилизующем» дыхании.

Итак, расслабляемся и начинаем дышать животом в естественном ритме. Затем начинаем дышать «на счет», поддерживая соотношение вдоха и выдоха

3:3. Дышим в этом режиме в течение минуты или больше, до тех пор, пока установится самоподдерживающийся, как бы автоматический ритм дыхания.

Когда вы обнаружите, что не нужно больше думать о сохранении нужного дыхательного ритма, когда он будет поддерживать себя сам, без вашего вмешательства, переходите к следующему режиму, поддерживая его точно так же: 3:4; 3:5; 3:7; 3:9... и в обратном порядке, возвращаясь к отношению 3:3, и далее... 4:3; 5:3; 5:2... и активизирующий выход. Очень просто, не правда ли ? Прodelайте упражнение еще и еще раз, при этом внимательно наблюдайте, как меняется ваше самочувствие и эмоциональный фон при «успокаивающем» и «мобилизующем» дыхании.

Психодрама в работе с алкогольной зависимостью.

Беседа с зеленым змием или в поисках правды на дне граненого стакана... (психодрама в работе с алкогольной зависимостью) / А.Г. Басова // Журнал практического психолога: научно-практический журнал: издается с января 1996 года: специальный выпуск: московский институт гештальт-терапии и консультирования / Ред. А.Г. Лидерс. – 2011. – №4 июль-август 2011. – С.3-11.

Беседа с зеленым змием или в поисках правды на дне граненого стакана.....

Басова А.Г.

Пропагандируя спонтанность как основу деятельности, психодрама сама является тому примером. С момента возникновения психодрама применялась в самых различных и неожиданных сферах. Зародившись в городском парке Вены в кругу детей, она успела заглянуть и в клинику для душевнобольных, и в школу, и в крупную компанию, даже в простую семью, не говоря о кабинетах психологов различных направлений. Эта статья посвящена применению психодрамы в клинической практике в целом, и работе различными видами зависимостей в частности.

Клинический уклон в психодраматической практике возник в начале XX века. Способствовал развитию этого направления, основатель психодрамы – Якоб Леви Морено. Он подробно описывает эту работу в тексте «Лечение психозов методом психодрамы».

Как считал Морено[4], психодраматический принцип в клинической практике состоит в предоставлении средств для объективации психотического опыта путем создания «воображаемой реальности». Для проигрывания фантазий пациента Морено использовал особый состав группы - в качестве дополнительных «Я» выступали специально подготовленные сотрудники клиники. Проигрывая свои фантазии, пациент приобретал точку соприкосновения между воображаемой и реальной реальностью. Рассматривая проблему перехода пациента в реальный мир, Морено ввел понятие «точек согласования» между реальностью и иллюзией.

Для психотических пациентов в качестве точек согласования выступали психодраматические сессии, благодаря которым пациент оставался в контакте с реальностью.

Следуя идеям Морено, Дэвид Киппер разрабатывает концепцию клинических ролевых игр, которые основаны не только на чувствах и инсайтах пациента, но и на моделировании поведения. Говоря о техниках ролевых игр, автор выделяет следующие: самопрезентация (представление самого себя), исполнение роли, диалог, монолог, дублирование, реплики в сторону, обмен ролями, техника пустого стула (иногда вспомогательный стул), техника зеркала.

Начиная разговор о специфике работы психодраматиста в наркологии, в первую очередь стоит повнимательнее взглянуть в самих пациентов.

Несмотря на то, что клинические симптомы у пациентов, страдающих алкоголизмом и наркоманией весьма схожи, даже не вооруженным взглядом можно отличить алкоголика от наркомана. Все они проходят через абстинентный синдром (так называемый синдром отмены): это и недомогание у тех и у других, эмоциональные подъемы и спады, депрессия, неадекватная самооценка. Однако, контакт с окружающими они строят совершенно по-разному. Первые чрезмерно открыты, другие же наоборот возводят нерушимую стену между собой и обществом.

Наркоманы таинственны, высокомерны, замкнуты, манипулятивны – другими словами непонятны. Описывая свой 10-летний опыт работы с больными наркоманией, А. Щербаков и Ю. Власова[1] пишут об этом так: «...до той поры, пока алкоголь в нашей культуре относится к разрешенным психоактивным веществам, в терапевтической работе с алкоголиками мы не столкнемся с тем, что отпугивает иных психотерапевтов от работы с наркоманами, — отчуждением. <...> Прикасаясь к бессознательному наших клиентов, мы встречаемся лицом к лицу с архетипом Чужака».

Другими словами, наиболее характерной чертой наркоманов является их обособленность, склонность к уходу в мир собственных фантазий. Таким образом, обращение к «дополнительной реальности» становится ключом в работе с ними.

Что же может помочь найти подход к больному алкоголизмом? Как уже сказано выше, алкоголики общаются с миром совершенно по-иному. В состоянии опьянения они обретают новую ресурсную роль и тогда нарушают все дистанции и границы. Народная поговорка: «Пьяному море по колено», является ярким тому подтверждением.

Образ алкоголика гораздо более ярко представлен в современной и традиционной русской культуре, чем образ наркомана. Герои фильмов, страдающие алкоголизмом (например, Афоня из одноименного произведения) в большинстве случаев вызывают у зрителя смех, иногда сочувствие, в некоторых случаях желание подружиться. Они эмоциональны, разговорчивы и несчастны. Несчастливы потому, что сила чувства вины и ощущения собственной ничтожности, появляющимся с утра равноценна ощущению всемогущества, которое так легко им дарит алкоголь.

Такая неустойчивость самооценки и эмоций естественным образом проявляется в психотерапии. Чаще всего это бравада и неспособность понять тяжесть своего состояния. Дополняет общее впечатление алекситимичность (неспособность осознавать и выражать свои чувства) таких протагонистов.

К. Гиммер[5] в работе с больными алкоголизмом опирался на идею о том, что люди, страдающие алкогольной зависимостью, борются с неуверенностью и неосознаваемыми страхами при помощи своего наркотика.

Следовательно, одну из ведущих ролей в психотерапии он уделял работе с неосознанными эмоциями и управлению ими. Работе со страхом К. Гиммер уделял особое внимание. С его точки зрения именно страх, больные пытались «залить» с помощью рюмки. Таким образом, при выведении страха на осознанный уровень потребность пациенты уже не прятались от него,

употребляя алкоголь, а благодаря поддержке психотерапевта больные учились жить с этим страхом в реальной жизни.

После сбора анамнеза (истории жизни пациента) К. Гиммер начинал работу с проведения психодраматического интервью пациентов в роли различных частей тела. Например, после фразы пациента о том, что он хочет сократить употребление алкоголя, терапевт задавал ему следующий вопрос: «А что думает по этому поводу Ваша печень?» - и предлагал войти в роль печени (желудка, селезенки, мозга и т.д.). На последующей встрече терапевт ясно давал понять пациенту, что ему больше нельзя употреблять алкоголь в любых количествах. («Вы своё уже выпили»). Далее с помощью техники смена ролей К.Гиммер помогал найти ресурс для сохранения трезвого образа жизни: «Как Вы думаете, чего Вам не хватает для этого?». Пациенты называли такие качества как воля, уверенность в себе и т.д. и выбирали предметы, которые могли бы их символизировать. Однако терапевт не забывал о целенаправленности своей работы и в качестве дополнительного ресурса предлагал «страх». Первая реакция пациентов обычно была негативной, но после настоятельных убеждений они соглашались. Теме страха автор уделял 4-5 встреч. Когда протагонист, начинал допускать наличие страха, он мог проигрывать роли неуверенного в себе или тревожного, приобретая при этом больше уверенности в себе, спокойствия и т.д. Дальнейшая работа могла касаться семейных проблем, ранних травм, отношению с самим собой – в общем, темам, свойственным любой терапевтической работе.

Автор статьи представляет читателю программу, используемую в работе реабилитационного отделения одного из наркологических диспансеров Москвы. Занятия с психологом развиваются в двух направлениях: обучающее и психокоррекционное. В первом случае пациенты получают дополнительные знания о своем заболевании и о том как с ним бороться. Они узнают о том, что некоторые ситуации и люди являются провоцирующими факторами, о том, что желание выпить ослабевает со временем и однократно принятого решения для этого недостаточно, знакомятся с аналогичными ситуациями из жизни других людей.

Психокоррекционное направление имеет непосредственную связь с обучающими занятиями и состоит из следующих упражнений:

1. Психодраматическое знакомство с этапами выздоровления – в основе этого упражнения лежит материал практических занятий о том, что процесс выздоровления состоит из 4-х этапов: осознание проблемы, принятие решения (об отказе от употребления), этап действия, этап интеграции.

Данное упражнение является модификацией техники «шаг в будущее». Сначала в беседе психолог выясняет на каком этапе пациент находится по его мнению. После этого пациенту предлагается пройти через все этапы в психодраматическом пространстве, вне зависимости от того, на каком он находится на данный момент. На последнем этапе формулируется ресурс, получаемый при выздоровлении. В некоторых случаях, в поиске ресурса можно предложить пациенту сделать шаг в дальнейшее будущее. Далее из ресурсной роли протагонист формулирует послание в себе самому в настоящем

Пример: пациент В.М., 51 год,

1 этап (осознание проблемы): «Очень плохо тут... Даже думал, стоит ли жить дальше... Чувство вины»

П.: «Когда это было?»

В.М.: Начало сентября

2 этап (принятие решения) «Стыдно... Попросил прощения у жены, и она меня простила, не оставила. Стали теперь вместе на работу ходить, во время работы создаем»

3 этап (действий) «Люди стали по-другому относиться, совсем уважать через 1-2 года будут, сейчас рано еще»

4 этап (интеграции) «Это ближе к пенсии, к 60 годам. Главное, чтобы здоровье было близкие не болели... Может с женой дачу купим – буду копать...»

Послание в «себе в настоящем»: «Не пей и – все!»

2. Выявление мотивов алкоголизации – упражнение «между двумя мирами». На сцене появляется 2 стула. Один из них символизирует состояние «трезвость», другой - «состояния опьянения». Протагонисту предлагается сесть на первый стул и рассказать о своих ощущениях, ко второму стулу он только подходит сзади и также рассказывает о том, чем это состояние является для него. Затем он встает между стульями и вспоминает состояние, когда у него возникает желание «выпить». На этом этапе появляется возможность выявить, какую функцию алкоголь выполняет в жизни протагониста и, следовательно, найти ресурс для отказа от последнего.

Пример, пациентка И.Б, 36 лет

И.Б (на стуле «трезвость») – Ну, здесь мне хорошо...

Психолог: Что Вы чувствуете? Чем для Вас является это состояние?

И.Б.: Для меня это здоровье, хороший сон, готовность действовать, хорошие взаимоотношения с близкими.

Затем психолог предлагает И. Б. встать рядом со стулом, символизирующим состояние опьянения.

П.: А здесь как Вы себя чувствуете? Какая Вы?

И.Б.: Здесь я неуправляема, агрессивная, сон пропадает.

Далее психолог предлагает встать между стульями и вспомнить состояние, в котором И.Б. может обратиться к алкоголю. Пациентка называет это состояние «возбуждением» и описывает как состояние тревоги.

П.: Что нужно Вам в состоянии возбуждения для того, чтобы сесть на первый стул, т.е. остаться трезвой?

И.Б.: Смелость, что ли какая-то...

П.: Выберите эту смелость. Какой предмет мог бы ее символизировать? (Пациентка выбирает игрушечную гоночную машинку) Станьте на время этой смелостью. Что она дает?

И.Б. (в роли смелости) : Благодаря мне И. может не обращать внимания на всякие глупости.

3. Поиск ресурсов для начала новой жизни – проводится психодрама «на столе» с использованием игрушек. Психолог предлагает протагонисту подумать, что ему нужно для того, чтобы начать жизнь без алкоголя. Каждый

ресурс обозначается игрушкой со сменой ролей в классическом мономатрическом варианте.

В некоторых случаях можно предложить пациенту страх перед дальнейшей жизнью как алкоголика в качестве ресурса. Такой прием эффективен в работе с пациентами с недостаточным уровнем критики к своему состоянию. Обозначив этот страх фигуркой на столе, пациент делает первый шаг к освобождению от иллюзии, что со временем он сможет «пить как нормальные люди».

4. «Разговор с бутылкой» - данное упражнение после обсуждения темы рецидива в рамках обучающего курса. Пациент должен «договориться» с бутылкой о том, как он будет взаимодействовать с алкоголем в дальнейшем.

Пример пациент В.Н., 52 года

Сцена 1: разговор с водкой (начало)

В.Н. – «Я к тебе больше не приду.»

«Водка» - Ты иди иди, все равно, ко мне вернешься, я подожду... Будут моменты, когда я тебе понадобится, ты знаешь... Тогда можно сразу хлопнуть – и полегчает, а потом по чуть-чуть..»

Психолог. : Водка, скажите, а Вы какая?

В.Н. (водка): Я – добрая, я же всем только добра хочу, но вообще коварная... Все в моей власти... Сколько людей говорило, что больше ко мне не придут, но приходили же.. Правда есть такие, которые меня даже не пробовали (обиженно).

Далее в беседе водка не соглашалась отпустить В.Н. После чего психолог предложил поговорить с человеком, который никогда водки не пробовал. В.Н. легко определился с местом (скамейка в парке), но никак не мог вспомнить такого человека.

В.Н. «Нет таких людей... Те, кто водку не пробовали, пробовали вино или пиво... Есть те, кто может немного выпить»

Психолог. «Хорошо, может кто-то из героев фильмов? Какие у вас фильмы любимые?»

В.Н. «Там все курят и пьют. Я боевики люблю»

Психолог. «Ну а восточные боевики?»

В.Н. Там травку жуют, а это то же самое.

Психолог: А к примеру Микки Маус?

В.Н. «Как же? Он шампанское пил?»

Психолог. «Может быть герои сказок?»

В.Н. «Да... Илья Муромец... Хотя..? Он же с похмелья 30 лет на печке пролежал, а потом ему старцы какой-то воды особой дали.. Иван – дурак... этот может и не пил. Хотя разве на трезвую голову жука привидится?»

Психолог. «Так это же Емеля был.. Может конек-горбунок»

В.Н. «Нет, кто ж просто так летает?»

Психолог. «Кто-то из зверей?»

В.Н. «Звери тоже пьют.. Знаете, я передачу смотрел... Когда алкогольное дерево вырастает, звери его едят... А может быть птицы?»

Психолог. «Может быть. Кто?»

В.Н. «Орлы , коршуны... Ну, сокол слишком маленький»

Сцена 2 : разговор с коршуном

Психолог.: Коршун, расскажи о себе. Как тебе живется без водки? Как это ты не пьешь?

В.Н. (коршун): Не к чему это, дел слишком много...Да и как я тогда летать буду..

Психолог: В чем кайф для тебя? Смысл жизни?

В.Н. (коршун): В самой жизни наверно... В полете, в небе...Как поднимаешься, крылья развернешь... внизу все такое маленькое, вот и мышка. Ну, конечно, не только у меня там моя вторая половина, выводок»

П. «В небе и с женой хорошо?»

В.Н. «Ну так она тоже летать любит...»

Психолог. : Коршун, что ты скажешь В.Н. о своей жизни?

В.Н. (коршун): « Главное – не суетиться, я же летаю, мне не до этого.. У людей раньше, до революции тоже все по уму было: вспахал землю – урожай, и детей воспитывали и работать заставляли, учили заботиться о себе. Главное – наверно, что-то после себя оставить... Когда я вижу, как маленькие спиногрызы – которым в горло пихаешь червяков- вырастают во второго меня ... эх... Все дети спиногрызы...»

Психолог. В.Н. , а что Вам бы хотелось сказать коршуну?»

В.Н. : А что сказать? Уговорить его что ли?

Психолог. На что уговорить?

В.Н. Чтобы он водку попробовал

Психолог. Хорошо...

В.Н. : «Слушай, может все-таки попробуешь, водочки? Чуть-чуть...»

«Коршун» Нет, мне это не надо..

В.Н. : Да, ладно тебе, хоть по чуть-чуть, а?»

«Коршун»: Нет, ни к чему это.

После этого В.Н. сам вспомнил, что разговор с «водкой» нужно закончить

Сцена 3: разговор с водкой – завершение

В.Н. «Жизнь важна сама по себе. Так что я как-нибудь без тебя обойдусь».

«Водка»: Давай-давай, а я подожду.. Сколько таких говорило, что меня больше пить не будут? 10 вчера отказалось – сегодня 10 пришло»

Также и далее протагонист утверждал, что мнение «водки его не интересует» и он и так справится.

Психолог.: А что Вы будете делать?

В.Н. : Я буду ходить мимо

Психолог. Ну, хорошо – ходите!

Протагонист стал прохаживаться мимо дивана постоянно оборачиваясь, на водку. После этого психолог предложил обмен ролями и продемонстрировал поведение В.Н. После этого показал, другой вариант – ходить мимо и не смотреть. После этого В.Н. сказал, что «если не смотришь, значит боишься», и психолог предложил так и поступить.

В.Н. «Стоишь, ну и стой, чahkan! Я тебя не боюсь»

У «водки» не было ответа.

5. Поиск социальной поддержки – работа с социальным атомом. Протагонисту предлагается выбрать значимых людей, которые могут поддержать его в решении отказаться от алкоголя. В каждой из ролей протагонист говорит об отношении к этому решению

6. Подведение итогов проведенной работы. Шаг за шагом протагонист проходит все занятия и выбирает ленточки для обозначения и выражения чувств и мыслей относительно каждого из них.

Условия амбулаторного посещения не позволяют уверенно рассчитывать на обратную связь от каждого. Однако те, кто приходят, не только рассказывают о своих успехах в рамках отказа от алкоголя, но и обращаются за помощью в решении простых человеческих проблем.

Работа с людьми, страдающими алкогольной зависимостью, подобна прогулке по горному ручью с множеством подводных камней. Подводные камни – это неосознанные эмоции и неудовлетворенные потребности, которые эти люди привыкли топить в алкоголе. Психодрама, в таком случае, помогает найти общий язык там, где у протагониста нет слов, но много чувств; открыть завесу, вроде бы такой понятной со стороны, и такой загадочной для ее обладателя, внутренней жизни алкоголика.

Исследование эффективности сочетания 12 шаговой программы и метода холотропного дыхания в структуре реабилитации пациентов с химической зависимостью.

Емельяненко Владимир Алексеевич врач - психотерапевт, сертифицированный специалист по холотропному дыханию, преподаватель кафедры психологии здоровья Южного Федерального Университета, г. Ростов-на-Дону, РФ.

Емельяненко Александра Витальевна, клинический психолог, сертифицированный специалист по холотропному дыханию, гештальт-терапевт.

Афанасенко Инна Владимировна – к.психол. н., ст. преподаватель каф. психологии личности факультета психологии ЮФУ, г. Ростов-на-Дону, РФ.

Проблема немедицинского употребления психоактивных веществ с последующим развитием болезненной зависимости от них является одной из самых актуальных для современного человечества. С нашей точки зрения, понимание всей глубины проблемы химической зависимости не может быть достигнуто без учета и использования трансперсональных измерений психики.

С точки зрения трансперсональной психологии корни химической зависимости нужно искать в тяжелом духовном кризисе, проживаемом человеком, а широту распространения этого заболевания связывается с глобальным духовным кризисом всего человечества. Один из основателей трансперсональной психологии С.Гроф рассматривает духовный кризис как кризис личностной трансформации, основанный на осознании индивидом несостоятельности материалистических ценностей и настоятельной потребности раскрытия духовных измерений бытия [3, 4]. В одних случаях духовный кризис может проявляться непосредственным проживанием трансперсонального опыта, который несет в себе колоссальный терапевтический потенциал, однако для его успешной интеграции, как правило, требуется поддержка опытного психотерапевта. В других случаях нераспознанная духовная потребность может замещаться патологической зависимостью и быть сильно затемнена разрушающей и саморазрушительной природой расстройств. Существует данные о том, что для многих людей за пристрастием к наркотикам, алкоголю и т.п. стоит нераспознанное стремление к духовным измерениям. Сами химически зависимые характеризуют свою болезнь как «духовное банкротство», «опустошенность», а выздоровление как «духовное раскрытие», «возрождение». Они часто отмечают свою потребность в поисках непознанных сфер жизни, жажду чего-то нового, постоянное чувство неудовлетворенности. Исследование Николаевой выявило в качестве причины начала употребления наркотиков и алкоголя чувство неудовлетворенности и поиск новых ощущений у 64,8% опрошенных. Часть респондентов связывала свое состояние, возникшее в результате первого приема алкоголя или наркотика, с переживанием некоего духовного опыта, всеобщей доброты и псевдоединения. Действительно, существует поверхностное сходство между

мистическими состояниями и состоянием опьянения, вызванными алкоголем и наркотиками. В обоих видах состояний общим является ощущение растворения индивидуальных границ, исчезновение беспокоящих эмоций и ощущение приподнятости над повседневной суетой. У. Джеймс описывая этот феномен, отмечал, что влияние алкоголя на род человеческий объясняется его свойством возбуждать мистические способности человеческого естества, обычно придавленные к земле холодными фактами и критической рассудительностью часа трезвых занятий, а также, что трезвость умаляет, проявляет беспристрастие и запрещает, хмель расширяет, объединяет и разрешает. Значимость понимания данного феномена для эффективной терапии он очень кратко выразил в своем знаменитом утверждении: «Лучшее лечение для дипсомании – религиомания» [17]. Таким образом, человек ошибочно принимает опьянение за путь удовлетворения глубинной духовной потребности, однако этот путь неизбежно ведет к развитию зависимого поведения и таких тяжелых заболеваний, как наркомания и алкоголизм. Парадоксальность данной ситуации состоит в том, что употребление психоактивных веществ в качестве средства решения духовных проблем, как раз усиливает их и уводит от их решения, формируя замкнутый круг зависимости. Однако, в подобных случаях важно помнить о том, что основа этого патологического круга зависимости лежит именно в духовном поиске, который отражается и на индивидуальных особенностях личности, и на ее социальных взаимоотношениях, не ограничиваясь только ими. Еще К.Г. Юнг отмечал, что только глубокое духовное переживание может спасти человека от разрушительного действия алкоголя знаменитым изречением «*spiritus contra spiritum*» [18]. Таким образом, на наш взгляд, именно духовно (и трансперсонально) ориентированные подходы к решению проблемы химической зависимости являются наиболее эффективными в мировой практике на сегодняшний день.

Примером такого подхода является самая известная программа по лечению и реабилитации больных наркоманией и алкоголизмом «12 Шагов», лежащая в основе групп Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и других групп самопомощи, а также активно используемая профессиональными центрами терапии зависимости. В этих «12 шагах» избавления от алкогольной и наркотической зависимости описан нелегкий путь тысяч алкоголиков и наркоманов, которые обрели трезвость. Принципиальным является то, что «12 шаговая» программа спонтанно возникла из среды самих химически зависимых, и в этом ракурсе может быть расценена, с нашей точки зрения, как естественная попытка самоисцеления общества, своеобразный «иммунный» ответ социума на проявление духовного кризиса. Данная программа настолько эффективна и универсальна, что по мнению К. Грофа, может быть взята за основу и другими группами поддержки в духовном кризисе [3,4]. Важен тот факт, что при всестороннем учете биологических, психологических, социальных и духовных аспектов химической зависимости, в ней ведущая роль отводится именно духовному преображению.

В программе 12 Шагов впервые был описан непростой путь трансформации тех, кто столкнулся с процессом смерти – возрождения в своей жизни, кто коснулся самого дна и смог подняться вверх. Однако, отмечается, это очень опасный путь, который нередко заканчивается физической смертью в результате самоубийства, несчастного случая или осложнений от приема психоактивных веществ. Это делает необычайно важным существование специальных центров терапии зависимости, где люди находят помощь в осознании глубины своих проблем и поддержку в прохождении духовного кризиса. В таких центрах, использующих в качестве основы программу 12 Шагов» работают врачи, психологи и консультанты по химической зависимости, которые сами являются выздоравливающими наркоманами и алкоголиками. Профессиональный подход сочетается с искренним принятием и состраданием со стороны тех кто сам прошел через нелегкий процесс трансформации. С учетом того, что для глубокого осознания 12 шаговой программы требуется непосредственное проживание и контакта с духовными (и трансперсональными) измерениями сознания, неоценимую помощь в структуре терапии в таких центрах оказывает применение интенсивных интегративных психотехнологий.

В связи с вышесказанным, мы пришли к мнению, что при лечении химически зависимых пациентов целесообразно сочетать программу 12 Шагов с методами интегративной трансперсональной психологии, в частности с холотропным дыханием. Метод холотропного дыхания позволяет актуализировать переживания трансперсональных измерений психики, а теоретический фундамент трансперсональной психологии обеспечивает адекватное понимание и интерпретацию переживаний клиента с учетом картографии его психики, что способно значительно повысить качество терапевтического процесса.

На базе клиники психотерапии «Дом у Дороги» и Центра терапии зависимости «Спарта» в г. Ростове-на-Дону (РФ) нами было проведено экспериментальное исследование эффективности сочетания в реабилитационной программе для зависимых пациентов 12 шагового подхода с методом холотропного дыхания, разработанного Станиславом и Кристиной Гроф. В процессе апробации использовались различные схемы, однако именно сочетание этих двух компонентов позволило добиться максимального эффекта за счет своей простоты, глубины воздействия и взаимодополняемости.

Таким образом, целью исследования явилось изучение эффективности сочетания программы 12 Шагов с методом холотропного дыхания в реабилитации зависимых (алкоголиков и наркоманов).

Объектом исследования выступили 847 химически зависимых пациентов (наркоманов и алкоголиков). 647 человек вошли в экспериментальную группу (в которой сочетались программа 12 Шагов и метод холотропного дыхания). 200 человек вошли в состав контрольной группы (в которой не проводилось холотропное дыхание).

Для реализации исследования были поставлены и в дальнейшем решены следующие задачи, направленные на создание условий для внедрения метода холотропного дыхания в структуру этапно-реабилитационной программы:

- 1) Обеспечение материальной базы: помещение, музыкальная аппаратура, маты, одеяла и т.п.;
- 2) теоретическая и практическая подготовка персонала, включающая:
 - а) прослушивание курса лекций по следующим темам: специфика метода холотропного дыхания и ожидаемые эффекты от его сочетания с программой 12 шагов; картография человеческой психики по С.Грофу; целительные возможности необычных состояний сознания; трансперсональные концепции зависимостей;
 - б) отработку основных навыков поведения в сессии холотропного дыхания.
- 3) теоретическая и практическая подготовка клиентов, включающая:
 - а) курс лекций, направленных на ознакомление слушателей со спецификой метода холотропного дыхания и его возможностями, правилами поведения в ходе сессии холотропного дыхания, видами возможных переживаний в соответствии с картографией бессознательного психики (по С.Грофу);
 - б) отработку основных навыков поведения в сессии холотропного дыхания.
- 4) подбор клинического и психологического инструментария для проведения исследования.

Методы исследования включали в себя: клиническое наблюдение, опрос, психологическое тестирование (шкала Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности, тест Басса-Дарки для определения индексов враждебности и агрессивности), статистическую обработку данных.

Процедура исследования:

- 1) с поступившими в клинику и в центр пациентами проводились клиническое обследование, первичное интервью, психологическое тестирование;
- 2) организовывалось прослушивание специального курса лекций по холотропному дыханию, по окончании которого пациенты выражали (или не выражали) в письменном виде свое согласие на применении этого метода в своей реабилитационной программе;
- 3) реализовывался этап отработки практических навыков для холонатов; 4) реализовывалась непосредственно реабилитационная программа (включающая и не включающая метод холотропного дыхания в зависимости от выбора пациента);
- 4) по окончании реабилитационного курса проводилось повторное психологическое тестирование;
- 5) В течение 1 года после прохождения основного курса реабилитации реализовывалась амбулаторная программа реабилитации пациентов.

В течение всего периода исследования (1998-2008гг.) осуществлялась постоянная связь с пациентами-участниками исследования (или их родственниками), фиксировались все случаи срывов, изменения социального, психологического и профессионального статуса, семейного положения и т.п.

В качестве показателей эффективности реабилитации зависимых пациентов рассматривалось: процентное соотношение показателей количества сохраняющих трезвость свыше 24 месяцев пациентов и количества ушедших в срыв пациентов; снижение показателей уровня ситуативной и личностной тревожности, индексов враждебности и агрессивности к концу курса реабилитации. В качестве срыва считалось употребление любого психоактивного вещества (наркотики, алкоголь). Продолжительность курса реабилитации составила 30 дней. Холоotropное дыхание в экспериментальной группе проводилось 2 раза в неделю.

Гипотезой исследования явилось предположение, что эффективность реабилитации зависимых пациентов увеличится в результате сочетания в их курсе реабилитации программы 12 Шагов с методом холоotropного дыхания. При оценке качества ремиссии учитывались: способность к ресоциализации, включая начало или продолжение учебы в высших учебных заведениях, работу, заработок, степень субъективной удовлетворенности жизнью, способность к установлению устойчивых межличностных взаимоотношений, создание и сохранение семьи, ориентация на продолжение глубинного самоисследования, социальный и личностный рост.

Нами были получены следующие результаты исследования.

В результате проведения реабилитационной программы для зависимых (включая основной курс и амбулаторное лечение), были выделены три группы пациентов:

- а) сохраняющие трезвость свыше 24 месяцев;
- б) имеющие срыв (один или несколько), но продолжившие лечение в рамках реабилитационной программы в течение 24 месяцев;
- в) имеющие срыв и не вернувшиеся в программу реабилитации.

В экспериментальной группе вдвое выше по сравнению с контрольной группой оказался процент пациентов, оставшихся трезвыми свыше 24 месяцев без срывов (соответственно 36% и 18%), и более чем в 2,5 раза выше процент пациентов, имеющих срыв, но продолживших лечение в течение 24 месяцев (29% и 11%). Количество имеющих срыв и не вернувшихся в программу реабилитации составило соответственно 35% в экспериментальной группе и 71% - в контрольной группе. (Диаграмма 1).



Диаграмма 1.

Таким образом, в экспериментальной группе, сочетавшей метод холотропного дыхания наряду с программой 12 Шагов, 65% пациентов прошли полную реабилитационную программу (основной курс и амбулаторное лечение) и в течение 24 месяцев регулярно осуществляли непосредственный контакт с терапевтом, что почти вдвое больше, чем в контрольной группе (29%). Соответственно, выявлено обратное процентное соотношение количества пациентов, ушедших в срыв и не вернувшихся в программу (34% и 71%).

В результате качественной оценки результатов клинического наблюдения было выявлено, что пациенты контрольной группы, в структуру терапии которых не входил метод холотропного дыхания, демонстрировали высокий уровень сопротивления прохождению программы (например, идее капитуляции первого шага), жаловались на непонимание «Высшей Силы», духовных принципов программы, идеи «препоручения» третьего шага, чаще ограничиваясь рациональными, а то и вовсе формальными объяснениями. В отличие от них, большая часть пациентов экспериментальной группы, в которой сочеталась программа 12 Шагов с методом холотропного дыхания, отмечала неожиданные интуитивные прозрения, связанные с аналогией «капитуляции» и смерти «старого Я», глубокое проникновение в идею Высшей Силы с нахождением неформальных доказательств ее присутствия в жизни.

Также они указывали на большое количество синхронностей и связей в повседневной жизни с переживаниями в холотропных состояниях сознания, дающих доступ к проживанию духовных измерений. Кроме того, в данной группе быстро достигалась хорошая терапевтическая атмосфера доверия и взаимной поддержки среди пациентов, большая готовность к внутреннему исследованию взамен защитных форм реагирования, большая укорененность в

настоящем моменте и мотивация на продолжение выздоровления, что далеко не всегда достигается с помощью вербальных методов терапии. Глубокие эмоциональные переживания в сессиях холотропного дыхания способствовали более глубокому пониманию постулатов программы 12 Шагов.

Клинические данные и результаты наблюдения были подтверждены результатами психологического тестирования. У всех пациентов в начале курса реабилитации выявлены высокие показатели ситуативной и личностной тревожности, враждебности и агрессивности (Диаграмма 2), что подтверждает данные, представленные в психологической литературе [2,7]. Авторами отмечаются более высокие показатели как ситуативной, так и личностной тревожности у зависимых от ПАВ [2]. У респондентов с опытом химической аддикции психологический профиль включает ранимость, обидчивость, трудности эмоционального переключения в стрессовых ситуациях, повышенный уровень агрессивности и последствий травматического стресса, что в целом свидетельствует о более высоком уровне их социально-психологической дезадаптации, психопатизации по сравнению с респондентами, не страдающими зависимостью от ПАВ[7].

В результате реабилитационного курса у пациентов обеих групп, экспериментальной и контрольной, выявлена тенденция к снижению показателей ситуативной и личностной тревожности, враждебности и агрессивности (в баллах – б.).

Однако, снижение показателей средних значений личностной и ситуативной тревожности к концу курса реабилитации больше выражено в экспериментальной группе (с 57,8б. и 55,7б. до 37,4б.и 36,2б.соответственно) по сравнению с контрольной группой (с 57,6б. и 59б. до 45,8б.и 45,42б.соответственно) (Диаграмма 2).

Среднегрупповые показатели выраженности личностной тревожности у пациентов в начале и в конце курса реабилитации.

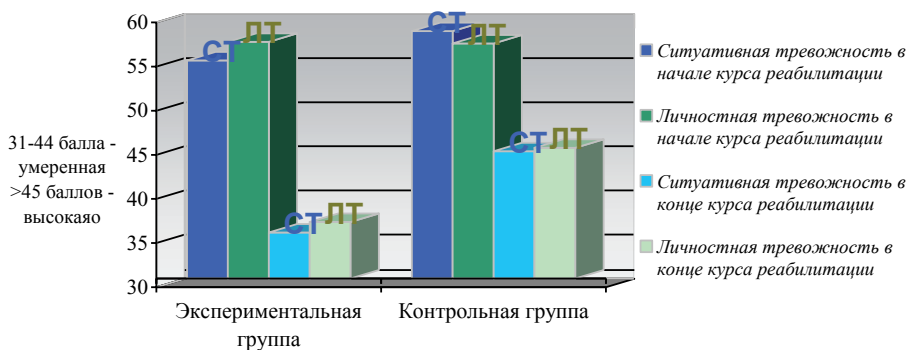


Диаграмма 2.

Также в большей степени выражено снижение показателей средних значений индексов враждебности и агрессивности в экспериментальной группе (с 29,26. и 16,26. до 20,26. и 6,36. соответственно) по сравнению с контрольной группой (с 29,76. и 16,76. до 24,86. и 10,16. соответственно), с учетом примерно одинакового уровня выраженности этих показателей в обеих группах в начале курса реабилитации. (Диаграммы 3 и 4).

Среднегрупповые показатели выраженности агрессивности у пациентов в начале и в конце курса реабилитации.

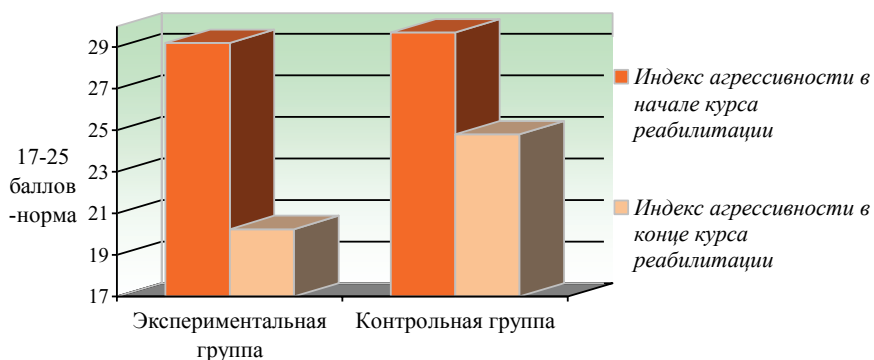


Диаграмма 3.

Среднегрупповые показатели выраженности враждебности у пациентов в начале и в конце курса реабилитации.

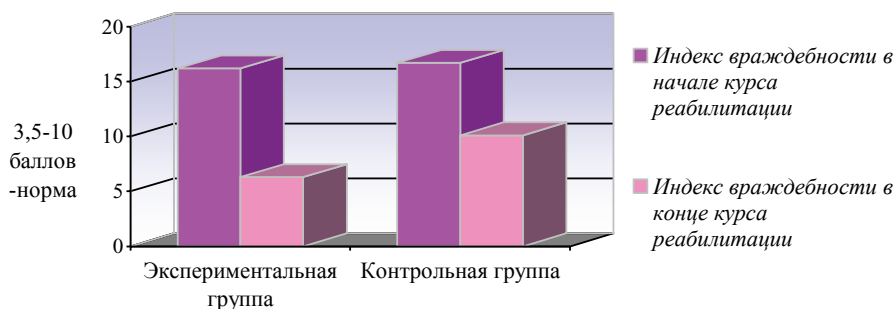


Диаграмма 4.

В экспериментальной группе отмечают более высокие показатели качества ремиссии, а именно: способность к ресоциализации, заработок, степень субъективной удовлетворенности жизнью, способность к установлению устойчивых межличностных взаимоотношений, создание и

сохранение семьи, ориентация на продолжение глубинного самоисследования, социальный и личный рост.

Таким образом, полученные результаты исследования подтвердили выдвинутую нами гипотезу о том, что эффективность реабилитации выше при совместном использовании в схеме терапии программы 12 Шагов и метода холотропного дыхания.

В заключение, хотелось бы выделить следующие важные моменты:

Во-первых, эффективность любого психотерапевтического метода зависит от профессионализма и личностных качеств психотерапевта, что применительно в данной модели подразумевает выполнение двух обязательных условий:

- а) наличие собственного опыта выздоровления от химической зависимости у терапевта, или, как минимум, доскональное знание и понимание им сути программы 12 Шагов;
- б) полноценное владение методом холотропного дыхания, что обеспечивается подготовкой терапевта по программе Grof's Transpersanal Training.

Во-вторых, необходимым условием эффективности лечения выступает полное принятие и понимание применяемых в реабилитации методов персоналом клиники, достижению которого способствует теоретическая и практическая его подготовка. Роль персонала при подобной схеме работы заключается не столько в моделировании процесса выздоровления, сколько в следовании и поддержании естественного процесса трансформации, демонстрируемого самими пациентами, что превращает взаимодействие пациентов и персонала в увлекательное путешествие, полное неожиданных открытий.

В рамках нашего исследования все указанные условия были соблюдены, что и послужило залогом эффективности полученных результатов.

Описанная нами модель сочетания двух указанных подходов к лечению зависимостей стала результатом трансперсонального осмысления химической зависимости и, на наш взгляд, может служить одним из эффективных вариантов программы реабилитации для людей страдающих химической зависимостью.

Понятие созависимости.

До сих пор не существует общепринятого определения понятию созависимость, существует два основных понимания этого термина.

Одно из них принято считать медицинским, другое немедицинским.

Медицинским считается **понимание созависимости**, как первичного заболевания, развивающегося у родственников больных химической зависимостью, в основе своей имеющего патологическое стремление контролировать поведение другого человека.

Немедицинским считается **понимание созависимости**, как поведенческого синдрома, который развивается по причине наличия у созависимого, так называемых, травм развития, которые приводят к общему недоразвитию личности, и формированию симптомов (низкая самооценка, низкая асертивность, отсутствие понимания собственных психологических границ и т.д.), которые являются содержанием, собственно говоря, синдрома созависимости.

Существует так же определение приведенное психиатром-наркологом Валентиной Дмитриевной Москаленко, которая является автором серии книг по проблеме созависимости.

"Созависимый человек — это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей".

Созависимыми являются:

- 1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;*
- 2) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных химической зависимостью;*
- 3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.*

Существует так же критика всех приведенных точек зрения. Например, непонятно, почему медицинская точка зрения называется медицинской. Ведь в МКБ-10 нет такого заболевания, как созависимость. Соответственно спор о первичности и вторичности природы несуществующего заболевания не является разумным.

Если принять, так называемую, немедицинскую точку зрения, то получается, что созависимыми являются 98% людей на земле (по мнению самих авторов, американских коллег) и непонятно, почему в названии присутствует упоминание о зависимости. Тем не менее, в западном обществе психотерапевтические программы, основанные на таком понимании созависимости, и на идее о становлении независимой личности, имеют довольно большой коммерческий успех.

Определение, приведенное Валентиной Дмитриевной Москаленко, тоже не имеет диагностическую значимость, поскольку расширенная форма «созависимый человек» взамен более похожей на диагноз формы

«созависимость» скорее напоминает некий социальный ярлык и не может быть использована для определения психотерапевтической, либо психокоррекционной стратегии. Которые могут быть ориентированы, либо на определенные психологические структуры, связанные с проблемой, либо на нозологическую единицу, либо симптом, связанный с ней.

Кроме того, суть психологической проблематики родственников людей страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией, либо жертв эмоционально - репрессивного давления в семьях, настолько отличается, что, на наш взгляд, не стоит определять весь комплекс психологических проблем этих людей одним термином «созависимость».

Именно поэтому, в настоящей работе мы будем в большинстве случаев использовать более длинное по звучанию, но более конкретное по смыслу, чем созависимость, понятие - психологическая проблематика родственников больных, страдающих хроническим алкоголизмом.

Понятие пациент, используемое в изложении, равнозначно понятию клиент, и используется лишь по той причине, что автор работает в медицинском учреждении и больше к нему привык.

Дисфункциональная семья.

Что бы лучше понять суть психологической проблематики родственников больных, страдающих хроническим алкоголизмом, необходимо разобраться в том, какие порядки и нравы существуют в семьях, из которых происходят эти люди.

Наиболее подробное описание таких порядков можно встретить в работах В.Д. Москаленко.

Семьи, из которых происходят, так называемые созависимые, Валентина Дмитриевна называет дисфункциональными.

И вот какие признаки дисфункциональной семьи она приводит:

- Отрицание проблем и поддержание иллюзий.
- Вакуум интимности
- Замороженность правил и ролей
- Конфликтность во взаимоотношениях
- Недифференцированность "я" каждого члена ("Если мама сердится, то сердятся все")
- Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной
- Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдо благополучия
- Склонность к полярности чувств и суждений
- Закрытость системы
- Абсолютизирование воли, контроля.

Конечно, психолог, либо социальный работник, взаимодействующий по работе с зависимым контингентом, сразу поймет, о чем тут речь, но для специалистов, незнакомых глубоко на практике с освещаемой темой далее последуют комментарии по каждому признаку дисфункциональной семьи.

Отрицание проблем и поддержание иллюзий.

Самое ярко выраженное отрицание проблем, касается отрицания факта хронического алкоголизма кого-то из членов семьи, в качестве причины происходящего. Родственники больных хроническим алкоголизмом, порой, даже после многолетнего лечения у нарколога, утверждают, что в их семье основная проблема не алкоголизм, а слабовольный характер, или плохое воспитание родителей, или что-то еще. Но отрицание проблем распространяется не только на алкоголизм, ведь существуют дисфункциональные семьи, в которых нет больных хроническим алкоголизмом, а есть, к примеру, психопат, либо психотик, который держит всю семью под гнетом эмоционально-репрессивного давления. В таких семьях тоже

наблюдается отрицание объективных проблем и подержание иллюзий. Каждый член семьи строит свою иллюзию «нормальности» семьи в целом, либо иллюзию своей собственной «нормальной» автономной от общих проблем семьи жизни.

Отрицание проблем делает так же невозможным решение многих простых бытовых проблем в таких семьях.

Пример из практики:

Женщина 34 лет, имела мужа, злоупотребляющего спиртными напитками, но в целом, по её словам, человека положительного. На прием к медицинскому психологу она пришла со своей семилетней дочерью. Психодиагностическое обследование показало серьезную педагогическую запущенность, поэтому психолог была вынуждена отказать подтвердить готовность ребенка к школе. Когда женщина начала слушать рекомендации психолога относительно дальнейших действий, она заявила, что неоднократно слышала все эти рекомендации от психологов в других поликлиниках, и что рассчитывала, что хотя бы в этой поликлинике ей попадется «нормальный» психолог, который поставит готовность к школе «нормальному» ребенку, который не хуже чем у других.

Вакуум интимности.

Члены дисфункциональной семьи сохраняют некий молчаливый запрет на демонстрацию или обсуждение интимных чувств, мыслей и т.д. Членам таких семей проще обсудить интимные вещи с совершенно чужими людьми, чем со своими родными. Этот запрет поддерживается стремлением наказывать жесткой эмоциональной агрессией любое проявление интимности. Интимное и сокровенное считается слабостью в таких семьях, член семьи, который позволил себе открыть себя настолько глубоко перед родными, будет обязательно высмеян, или унижен. К примеру, 13 – 14 летняя девушка подросток, которая поделится чувствами первой половой симпатии к молодому человеку со своей матерью, может быть названа последними словами, либо будет цинично высмеяна и получит ложное убеждение о том, что делиться своими чувствами запрещено или опасно.

Пример из практики:

На прием к медицинскому психологу в наркологический диспансер пришла женщина 46 лет и её 16 летняя дочь. Из рассказа матери следовало, что дочь участвует в судебном разбирательстве об изнасиловании, и что в рамках этого разбирательства ей необходимо получить справку из наркологического диспансера о том, что она не имеет наркологических заболеваний, не состоит на профилактическом учете и т.д. На вопрос о произошедшем происшествии, женщина рассказала, что один знакомый сверстник её дочери, выходец из южных республик, совершил попытку изнасилования её дочери и сейчас утверждает, что она была в нетрезвом состоянии и согласилась на половой

акт добровольно. Рассказ шел в присутствии дочери, при этом, у матери была совершенно спокойная интонация, она улыбалась и создавалось впечатление, что она рассказывает историю о том, как её неуклюжая дочь в очередной раз вляпалась в нелепое приключение.

Состояние молодой девушки было противоречивым, с одной стороны, она тоже временами улыбалась, слушая рассказ матери, но с другой стороны, она отворачивалась от неё и в глазах отражалась сильная ярость направленная куда-то в сторону.

Психолог предложил девушке приехать еще раз, но уже без матери, под предлогом пройти необходимую психологическую диагностику. Далее, на индивидуальном приеме девушка смогла чуть больше открыться в разговоре с психологом, и оказалось, что её душевные переживания этой ситуации были, мягко говоря, совсем не шуточными, как это представлялось её матери. А если быть точным, рассказывая об этом, она плакала, не сдерживая слезы. Молодой человек, обвиняемый в изнасиловании ей какое-то время сильно нравился, она долго не решалась и не находила способа пойти с ним на сближение. У неё было множество фантазий относительно того, какое романтическое будущее могло бы их ждать. Однажды на дискотеке он её приглашает на танец, после которого предлагает прогуляться недалеко от клуба и пообщаться. Далее, находит подходящее место и совершает изнасилование. Не попытку изнасилования, как это звучало из уст матери, а самое настоящее сексуальное насилие, то есть совершает половой акт с девушкой против её воли, с использованием физической силы.

И пережив этот сложный травматический опыт, девушка не сочла возможным поделиться своими чувствами со своей матерью, которая была уверена, что для дочери это происшествие является всего лишь нелепым приключением.

Замороженность правил и ролей

В жизни каждой семьи наступает естественная необходимость перераспределения внутрисемейных ролей. Такая необходимость может возникать при переходе семьи к новому этапу развития. Например, при рождении ребенка в молодой семье, или после преодоления периода раннего детства, когда у родителей появляется больше свободного времени. Так же в период подросткового возраста, и после его окончания, когда родители постепенно переходят с модели общения «взрослый – ребенок» на модель «взрослый – взрослый», когда ребенок взрослеет и формирует свою собственную семью и т.д.

Кроме того, смена ролей в семье может быть актуальной и в других случаях, например: заболевание кого-либо из членов семьи, изменение социального положения семьи под действием обстоятельств, смерть кого-либо из членов семьи и т.д.

Другими словами, система внутрисемейных ролей должна быть гибкой, чтобы семья могла приспособиться к неминуемо наступающим новым

условиям и требованиям жизни. В дисфункциональных семьях система внутрисемейных ролей очень ригидная. Роли жестко диктуются друг другу членами семьи, при чем, как неосознанно, так и осознанно. Степень дифференциация «Я» (см. Теория семейных систем М.Боуэна) в дисфункциональных семьях минимальная, кроме того, система доминирующих потребностей семьи полностью подчиняет индивидуальную систему доминирующих потребностей. Такая ситуация несет в себе массу трудностей в работе с детьми из дисфункциональных семей, о чем алее будет рассказано более подробно.

Пример из практики:

На приеме у медицинского психолога женщина 59 лет, вдова летчика грузового самолета, героя афганской войны. Женщина пришла на прием по настойчивому требованию невестки, проконсультироваться насчет вероятного алкоголизма у её сына. Детальный разбор истории этой семьи показал следующую картину. Молодая женщина стала женой вышеупомянутого летчика, уже имея на руках маленького сына. Кроме того, это замужество существенно повлияло на её социальный статус и материальное положение. Женщина, по её словам, просто боялась возражать против частых попок мужа и выбранного им образа жизни. В итоге, в семье сложилась система ролей, в соответствии с которой глава семейства был единственным добытчиком и гарантом стабильности в семье, он улетал в продолжительные рейсы, которые были для женщины отдушиной и временем свободным для посвящения себя ребенку и его воспитанию. Между рейсами проходило до нескольких недель, и глава семейства регулярно устраивал многочисленные попойки. Жене в это время выпадала роль обслуживающего эти попойки персонала, одновременно медсестры, которая следит за здоровьем мужа во время похмелья и эдакого будильника, который должен вовремя прокричать, что скоро в рейс и пора заканчивать. Со слов женщины, она всегда знала, что сын – это её надежда. О себе она, с её слов, никогда не думала, все вкладывала в сына. Сын обязательно должен вырасти самым умным, самым успешным и самым счастливым. Тогда мать, радуясь за своего сына, сможет получить за все труды, терпение и трудности, которые ей пришлось пережить. Таким образом, мальчику с детства декларировалась роль эдакого спасителя матери. Роль, от которой он не мог отказаться, не предав надежды собственной матери, вручившей ему ответственность за свою жизнь и её смысл. Мальчику всегда удавалось играть свою роль вполне убедительно. В школе он получил золотую медаль, институт закончил с красным дипломом, и проучился с повышенной стипендией. Сразу после окончания института ему предложили солидную высоко оплачиваемую должность в одной из ведущих российских нефтяных компаний.

Но однажды утром, после очередной попойки не проснулся отец и ситуация требовала перераспределения ролей внутри этой семьи. Но принятые членами семьи роли оказались настолько ригидными, что произошло следующее. Около двух лет матью поддерживалась иллюзия того, что отец

не умер, а улетел в рейс. Везде в квартире висели его фотографии, посуда из которой он ел, стояла на кухне, и даже его одежда висела в прихожей. У матери развивалось хроническое горе. И тут принятая в детстве роль спасителя матери, сыграла над сыном этой женщины злую шутку. Сам того не понимая, он стал компенсировать недостающее в семейной системе звено, то есть, умершего отца. Он, так же как и отец стал уходить в «рейс», только это были не вылеты на грузовом самолете, а командировки и спортивные походы на яхте. Он, так же как и отец стал очень часто и очень много пить между этими «рейсами», что давало возможность его матери заботиться о нем так же, как когда-то она заботилась о своем муже, он даже внешне стал со временем выглядеть как его приемный отец. Очень быстро у матери прошло хроническое горе и все вернулось на круги своя. Через некоторое время появилась невестка, судя по всему, так же из дисфункциональной семьи, и мать стала постепенно передавать свои функции о заботе над спивающимся сыном ей.

На момент, когда женщина обратилась по просьбе невестки за консультацией, у её сына уже не было работы, его уволили из-за пьяного конфликта, и судя по описанным матерью симптомам, у него уже давно сформировался и стабильно развивается хронический алкоголизм.

Конфликтность во взаимоотношениях.

В дисфункциональных семьях, в основе любых взаимоотношений всегда можно встретить конфликт. Это может быть конфликт менталитетов, конфликт убеждений, стереотипный ролевой конфликт (например, зять должен ненавидеть тещу, а теща должна «пилить» зятя) и т.д. Часто, слушая рассказы этих людей о внутрисемейных проблемах, складывается впечатление, что они вообще не представляют себе каких-то отношений без заложенного в их основу конфликта.

Пример из практики:

На приеме у медицинского психолога беременная женщина 26 лет, жалуется на повышенную тревожность, подавленное настроение, и чувство вины. Обратиться за помощью к психологу рекомендовал врач, который следит за ходом беременности. Детальный разбор обстоятельств, предшествующих ухудшению состояния, показал следующую картину.

Родительская семья девушки представляет собой классический вариант дисфункциональной семьи. Отец хронический алкоголик в состоянии многолетней ремиссии по причине сахарного диабета, мать никогда не скрывала, что вышла замуж по указанию родителей, не имея ни чувств, ни симпатии к своему мужу. Бытовая жизнь этой супружеской пары представляла собой нескончаемую череду конфликтов и скандалов. Но с момента рождения двух дочерей и по настоящее время, у семьи были финансовые обязательства, которые заставляли и мужа и жену постоянно много работать, что существенно сократило количество и значимость

бытовых скандалов. Старшая дочь вышла замуж за молодого человека, который в настоящее время является хроническим алкоголиком. С семьей практически не общается из-за конфликта мужа с матерью.

Родительская семья мужа пациентки медицинского психолога так же представляет собой классический вариант дисфункциональной семьи. Отец с матерью в разводе, живут раздельно, всю жизнь являются трудоголиками и никогда не имели возможности заниматься воспитанием сына. Сына с раннего детства отдали на воспитание бабушке со стороны матери, у которой он всю свою жизнь прожил. Бабушка, у которой он рос, была женщиной очень авторитарной и директивной, стремилась всегда и во всем контролировать окружающих, и устанавливать свои собственные правила. Эти правила окружающим было принять трудно, поскольку они представляли собой некие нормы поведения и запреты, обеспечивающие бабушке максимально комфортное с её точки зрения существование, в ущерб окружающим. Например, она могла закатывать скандалы из-за того, что кто-то съел купленную ей еду, но сама могла использовать по своему усмотрению еду купленную другими людьми, проживающими с ней. Её двое детей, сын и дочь, уехали жить в другие города, как только им это позволили обстоятельства. Дочь оставила матери, видимо на откуп, своего малолетнего сына, который к настоящему времени так же стал трудоголиком, как и его родители.

Бытовые конфликты у нашей пациентки с матерью свекрови начались с первых же дней переезда к мужу после свадьбы. Муж, воспитанный в условиях тотального контроля бабушки над ним, просто не решался перечить ей. Бабушка несколько раз в неделю собирала в доме гостей, которым устраивала обильные обеды за счет своего внука и невестки. Кроме того, явление о желании невестки поставить щеколду на спальню молодоженов, бабушка встретила яростным скандалом с криками о беспрецедентном неуважении к ней, и о попытках унижить её со стороны невестки. Через некоторое время пациентка узнала, что забеременела и, опасаясь за свое состояние во время беременности, уговорила мужа снять на время беременности отдельное жильё. Незадолго до переезда бабушка сказала внуку, что если он от неё уедет, то она не переживет зиму. Это было сказано в начале осени. В декабре бабушке становится плохо с сердцем и её кладут в больницу. Ни её дочь, ни её сын не находят возможности приехать, а внук оказывается именно в это время постоянно занят на работе. Мало того, все эти три человека настаивают на том, что навещать больную бабушку должна именно беременная невестка, поскольку она все равно ничего не делает. Невестка категорически отказывается, а бабушка в первых числах нового года умирает. На поминках бабушки её подруги по двору объявляют последние слова бабушки. Цитата: - «Скажите им, пусть живут спокойно без меня, я уже никому не нужна, всем мешаю и поэтому ухожу на тот свет»

После смерти бабушки, находит возможность вернуться в Москву её дочь, которая при первой же встрече заявляет, что невестка виновата в смерти её матери, что это она довела её до инфаркта.

Через некоторое время после возвращения в Москву, у этой женщины обостряется онкологическое заболевание, в результате чего, она вынуждена остаться в городе для прохождения лечения.

Поскольку муж нашей пациентки и сын этой женщины вынужден был переехать в квартиру бабушки для организации и осуществления ремонтных работ после смерти бабушки, его жена и его больная онкологией мать жили вместе в той съёмной квартире, куда молодожены съехали, пытаясь защитить от негативного влияния бабушки здоровье беременной невестки. И на момент обращения пациентки, она вынуждена была, находясь на последних месяцах беременности ухаживать за тяжелой онкологической больной свекровью, которая не скрывала своего мнения о роли невестки в смерти её матери.

Эта история как нельзя лучше показывает, как заложенный в основу взаимоотношений близких людей конфликт оказывает существенное влияние на качество из жизни, на здоровье и душевное состояние людей в дисфункциональных семьях.

Недифференцированность "я" каждого члена семьи.

Термин, использованный В.Д. Москаленко, вероятнее всего, имеет отношение к термину дифференциация «Я», который использовал Мюррей Боуэн в работе «Теория семейных систем» и обозначает низкую дифференциацию «Я».

Вот какое определение понятию дифференциация «Я» дает автор.

Дифференциация «Я»

Это понятие является характеристикой индивидуальной психики и отражает степень разграниченности эмоционального и интеллектуального функционирования. Чем ниже уровень дифференциации, тем легче мыслительные процессы поддаются под власть эмоций и тем более низкий уровень стресса достаточен для того, чтобы поведение поддавалось под власть аффекта; соответственно, тем выше зависимость эффективности поведения индивида от ситуации.

Поскольку термин дифференциация «Я» вводился Боуэном для объяснения отдельного психологического механизма в рамках своей теории семейных систем, а не для общего использования. А объяснения Валентины Дмитриевны ограничены примером ("Если мама сердится, то сердятся все"), я попробую дополнить объяснение этого пункта своими словами.

В дисфункциональных семьях наблюдается низкий уровень развития эмоционального интеллекта у всех членов семьи.

Способность осознавать свои эмоции, их оттенки, степень влияния эмоций на поведение, в этих семьях минимально развитая. Кроме того, способность произвольно регулировать свое эмоциональное состояние в

процессе взаимодействия с другими членами семьи в дисфункциональных семьях практически отсутствует. Система доминирующих потребностей семьи полностью подавляет системы индивидуальных доминирующих потребностей. Это является одной из причин дезадаптивного поведения в стрессогенных ситуациях.

Пример из практики:

На приеме у медицинского психолога женщина 46 лет. Запрос звучал примерно так: - «Мой 16 летний сын связался с хитрой 19 летней девушкой, у которой есть друг психоаналитик, он его загипнотизировал и пытается втянуть в наркомафию. Разгипнотизируйте мне сына»

Психолог попросил написать каждого члена семьи на бумаге отдельно друг от друга, ответы на три вопроса:

- 1) В чем, по Вашему мнению, заключается проблема семьи?*
- 2) Когда она началась и как развивалась?*
- 3) Какие Вы видите пути выхода из этой проблемы?*

Ответы отца семейства были примерно следующие:

- В моей семье проблем никаких нет. Моего сына обработал психолог специалист, но я скоро обязательно выясню, кто он, и посажу за решетку.

Ответы сына были примерно такими:

- Мои родители сошли с ума, ведут себя неадекватно, с ними невозможно разговаривать, я собираюсь вскоре переехать жить к своей девушке.

Ответы матери напоминали отрывок из любовного романа, в котором покинутая возлюбленным женщина писала о своих отверженных чувствах и о своей обиде на любимого.

- Он предал мою любовь, как он мог со мной так поступить? Как он мог ослушаться меня и уехать к ней на дачу, когда я строго настрого запретила? И т.д.

Дальнейший детальный разбор ситуации с каждым из членов семьи в отдельности и на совместных приемах, показал следующую картину.

Семья из трех человек жила в комнате в коммунальной квартире. Глава семейства - рабочий одного из московских заводов, мать – домохозяйка с неоконченным средним образованием. Сын – обычный среднестатистический школьник.

Глава семейства был немногословен, много свободного времени уделял машине, периодически выпивал с коллегами по работе, других увлечений не имел, домашними делами не занимался. К воспитанию ребенка подключался только на том этапе, когда, с точки зрения матери, нужно было осуществить физическое наказание. Разговоры с женой о романтических чувствах, либо какие-то другие сентиментальные вещи глава семейства считал всегда детскими глупостями и естественно ничего подобного никогда не делал.

Нехватку мужского внимания и ухаживаний женщине компенсировал порастающий сын. Женщина, не осознавая этого, компенсировала нехватку

романтики в отношениях с мужем, отношениями с сыном. Женщина обстирывала и обслуживала обоих своих мужчин, при этом, один из них приносил семье деньги на жизнь, являлся психологической опорой, плечом, на которое можно опереться и т.д., а другой ухаживал за ней во время болезни, помогал ходить по магазинам, и говорил ежедневно о своих искренних чувствах к ней. При этом, в этой тройке она была всегда в центре внимания, и все внутрисемейные процессы регулировались ей. Когда было нужно, она требовала у мужа наказать сына, и он наказывал. Когда было нужно, она жаловалась сыну на поведение отца, и он тоже помогал ей оказать влияние на отца в чем-то. Ситуация определенным образом сбалансировалась и до поры до времени женщину все устраивало.

Молодой человек, находясь в ситуации гиперопеки своей матери от рождения, и под угрозой физического наказания со стороны отца, в случае неповиновения, всегда принимал ситуацию как данность и не думал, что она может быть или должна быть какой-то другой.

Стрессогенная ситуация сформировалась тогда, когда мальчик достиг половозрелого возраста и у него появились физиологические потребности. Как раз тогда в семье родился еще один ребенок. Мать, чувствуя, что сын постепенно от неё отдаляется, решила максимально загрузить его время заботой о своей маленькой сестре. Но вскоре подросток взбунтовался против этого и стал требовать больше свободного времени, у него появилась подруга и началась половая жизнь. Один раз он пришел домой демонстративно пьяный и высказал своим родителям все, что о них думает. А именно, что родители его живут примитивной жизнью, что они не современные, что он больше понимает в жизни, чем они и т.д. Так же сказал, что он собирается жениться и что ему не нужно их согласие. На вопрос о том, почему он пьяный, он ответил, что он еще и не такое может, и что недавно он курил коноплю в компании со знакомым своей девушки, который является психоаналитиком.

После этого юноша был физически наказан своим отцом, и долгое время ему не давали выходить из дома. Выбраться из домашнего заточения ему удалось только после того, как он снова рассказал своей матери о том, как он её любит, и пообещал впредь ничего подобного не делать. Естественно, оказавшись на свободе, он о своих обещаниях забыл и уехал с ночевкой на дачу к своей девушке. После чего, в сознании матери возникли фантазии о наркомафии, и гипнотизерах вредителях, которыми она поделилась со своим мужем, и с медицинским психологом наркологического диспансера.

В этом примере, хорошо показано, каким образом неспособность осознавать свои чувства, эмоции и мотивы поведения, влияет на качество жизни членов дисфункциональной семьи. Каким образом примитивные эмоции в стрессогенной ситуации полностью руководят интеллектом и рисуют нелепые картины происходящего, оправдывающие нелепое поведение отдельных членов семьи, которое неминуемо распространяется на всех остальных.

Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной.

Границы личности – понятие довольно объемное и требует подробного объяснения, поэтому для объяснения темы о границах личности в данном методическом пособии будет выделена отдельная глава с подробным объяснением этого понятия и дополнительными примерами.

Закрытость системы.

Все скрывают секрет семьи и поддерживают фасад псевдо благополучия.

Оба эти признака говорят об одном и том же. Часто, когда в сводках новостей слышим информацию о происшествиях и преступлениях, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, мы видим удивленные лица соседей, которые утверждают, что никогда бы не подумали, что семья была приличная и что люди, которые совершили преступление, никогда бы такое не совершили.

Одна из причин такой реакции как раз в том, что между членами дисфункциональной семьи существует как будто негласный договор о том, что они вместе должны делать вид о том, что в их семье все хорошо. Особенно явно эти признаки дисфункциональной семьи видно в работе специалистов по социальной работе и психологов различных социальных центров.

Пример из практики:

На приеме медицинского психолога больная хроническим алкоголизмом женщина около 40 лет. С её слов, против неё неза заслуженно ополчились социальные службы и хотят лишить её родительских прав.

После выяснения ситуации в социальных службах оказалось, что ребенка этой женщины, после нескольких часов ожидания, и после неудачных попыток найти мать, воспитательница детского сада отдала милиционерскому патрулю. Милиция отвезла ребенка в детскую больницу и занялась поисками матери. Мать нашли на следующий день утром, лежащую в состоянии сильного алкогольного опьянения около двери собственной квартиры. После чего, комиссия по делам несовершеннолетних поставила женщине ультиматум, что вопрос о возвращении ей ребенка будет рассматриваться только после того, как она либо пройдет лечение от алкоголизма в наркологической клинике, либо принесет справку из наркологического диспансера о том, что не является больной хроническим алкоголизмом. В противном случае, женщину ожидало рассмотрение вопроса о лишении её родительских прав.

Несмотря на то, что психиатр-нарколог после обследования поставил этой женщине соответствующий диагноз, она думала, что убедив психолога в своей правоте, сможет как-то повлиять на ситуацию. На приеме она рассказала, что случилась невероятная случайность. Что началось все с того, что она потеряла на улице ключ от своего дома, и что после этого она ходила

и искала его по всему району. Что через несколько часов, она встретилась случайно со знакомыми, которые отмечали чей-то день рождения, что она долго отказывалась выпить, и говорила, что вечером ей нужно забирать из детского сада ребенка. Но знакомые всё-таки уговорили её выпить пару рюмок водки. Поскольку она практически не пьет, с непривычки её сильно развезло, на что она пожаловалась своим знакомым. Знакомые предложили ей присесть, и подождать когда пройдет опьянение. В итоге, она так и сделала и не заметила, как прошло то время, когда ей надо забирать ребенка из детского сада. Потом её увидели на улице соседи и сказали, что милиция пыталась выломать дверь в её квартиру. Кто-то из знакомых посоветовал ей выпить энергетический напиток перед возвращением домой, чтобы выглядеть бодро. Но поскольку она практически не пьет, и не знает, что это такое, она купила по ошибке банку алкогольного коктейля, на котором было написано, что он энергетический. Когда она подошла к своей двери, она увидела, что дверь выломана не полностью, и поскольку она потеряла ключ, то вынуждена была сесть на лестницу. И как только она села на лестницу, выпитый алкогольный коктейль привел её в такое состояние опьянения, что она автоматически заснула, после чего её уже разбудили сотрудники милиции.

Поскольку медицинский психолог не занимается выяснениями правдоподобности подобных историй, он направил эту женщину для беседы со специалистом по социальной работе, который, в свою очередь, зачем-то все-таки занялся выяснением правдоподобности этой истории и пригласил на прием близких родственников этой женщины.

Так вот, несмотря на очевидные признаки многолетнего хронического алкоголизма, несмотря на факты безответственного отношения к ребенку, несмотря на бескорыстные попытки социальных служб помочь этой семье заняться бесплатным лечением алкоголизма, все приглашенные родственники, и даже маленький ребенок, в один голос утверждали, что эта женщина действительно практически не пьет, а то, что случилось, действительно нелепое стечение обстоятельств.

И никакие разговоры о том, что подобными свидетельствами они ставят по угрозу здоровье и благополучие ребенка, не могли их убедить в том, что совсем не нужно подыгрывать их больной хроническим алкоголизмом родственнице, а наоборот, нужно помочь социальным службам уговорить её пройти курс бесплатного лечения в наркологической клинике.

Конечно, не во всех дисфункциональных семьях все члены семьи способны сохранять закрытость семейной системы и хранить «секрет семьи» на таком уровне. Но этот случай хорошо показывает, до чего эта характеристика дисфункциональной семьи может доходить в отдельных случаях.

Склонность к полярности чувств и суждений.

Полярность чувств и суждений у членов дисфункциональной семьи связана напрямую с сущностью феномена созависимости, которому далее будет посвящена отдельная глава.

Абсолютизирование воли, контроля.

Абсолютизирование воли и контроля в дисфункциональных семьях проявляется как в отношениях больных хроническим алкоголизмом с родственниками, так же и в отношениях родственников больных хроническим алкоголизмом между собой. При чем, совершенно не важно, является ли во втором случае соучастником отношений непосредственно больной хроническим алкоголизмом. То есть, абсолютизирование воли и контроля может проявляться, к примеру, в отношениях матери и ребенка, которые приходится внучкой и соответственно правнуком или правнучкой больного хроническим алкоголизмом.

Вероятнее всего причиной такой тенденции является патологическое стремление контролировать поведение больного хроническим алкоголизмом у ближайших родственников, которое впоследствии передается на поведенческом уровне и в качестве системы ложных убеждений потомкам.

В отношениях больного хроническим алкоголизмом с ближайшими родственниками, абсолютизирование воли и контроля проявляется как следствие отрицания хронического алкоголизма в качестве причины изменения поведения, образа жизни и личности больного. Родственники ищут причины в индивидуальных личностных качествах больного, в его характере и т.д. Формируется некое убеждение, что больной выпивает не потому что он страдает хроническим алкоголизмом, который прогрессирует в соответствии с клинической картиной заболевания и приводит к изменениям психики, общего здоровья, поведения и личности, а потому что он имеет какой-то психологический мотив, либо какое-то личностное качество, которое может изменить в любой момент. И если не меняет, значит, не хочет. Другими словами, родственники больного зачастую считают, что больной выпивает из-за собственного безволия, либо из-за недостаточного понимания последствий и влияния алкоголизма на семью. Отсюда возникает невозможное к удовлетворению стремление собственным волевым воздействием на больного, контролируя его поведение, решить проблему алкоголизма, или хотя бы удержать её на каком-то уровне, чтобы, насколько это возможно, минимизировать вред для семьи.

Далее, дети в семьях созависимых, воспринимают это неосознаваемое стремление как паттерн отношения к проявлениям человеческих слабостей. И уже в отношениях с собственными детьми, когда у ребенка не получается выполнить какие-либо предъявляемые к нему со стороны родителей требования, это воспринимается как недостаточное проявление воли ребенка, либо недостаточное понимание значимости выполнения требований для

родителей. То есть, в дисфункциональной семье, если ребенок учится плохо, например, по причине перегрузки нервной системы, либо трудностей переживания школьной адаптации, это никак не станет понятно и заметно его родителям. Потому что они будут слепо верить, что он плохо учится, потому что недостаточно хочет учиться, либо потому что не понимает, какие трудности им доставляют его проблемы с учебой. Соответственно, их реакцией на трудности в учебе будет либо попытка стимулировать его стремление учиться лучше с помощью системы наказания/поощрения, либо демонстрация ребенку своих (родительских) проблем, связанных с плохими результатами учебы ребенка, и подробное, часто агрессивное объяснение ребенку того, что именно он виноват в этих проблемах. При чем, в данном случае, неизвестно, какая выбранная родителями система, поощрения или наказания, может оказаться более деструктивной.

Если ребенка в дисфункциональной семье наказывают, то в худшем случае, он озлобится, и будет делать еще хуже сознательно, и в этом случае система наказания оказывается деструктивной и приводит к развитию асоциального поведения. Но в лучшем случае, он может почувствовать себя в экстремальной ситуации и использовать скрытый ресурс организма, который обнаруживает себя в экстремальных условиях и увеличивает способность к адаптации.

Если же ребенок, в ожидании обещанной награды, собирает произвольно свои силы и дает ожидаемый результат, возможно используя последние свободные ресурсы своей нервной системы, многими родителями в дисфункциональных семьях это может восприниматься, как подтверждение изначальной идеи о нехватке желания выполнить родительское требование. И ситуацию они воспринимают, как разоблаченное лицемерие ребенка, ведь раньше он говорил, что хочет, но не может, а теперь оказывается, что может, когда хочет. В результате чего обещанные награды не выдаются, придумываются какие-то бытовые причины для этого. Либо выдаются, но в таком контексте и с такими смысловыми посылами, что ощущение награды, победы и заслуженного триумфа у ребенка исчезает. То есть, предположение о лицемерии ребенка, рождает лицемерие родителей в отношении ребенка, в качестве реакции на его действие по выполнению условий договора о поощрении за результат, и таким образом разрушается естественная структура целеполагания у ребенка, поскольку вместо планируемого результата собственных действий, ребенок получает фрустрацию. Что приводит в итоге к еще большей дезадаптации ребенка, и увеличивает фактор риска развития химических зависимостей в будущем.

Таким образом, опыт отношений родительской дисфункциональной семьи переносится в свою собственную семью и можно сказать, передается по наследству.

Особого внимания психологов требуют к себе дети в дисфункциональных семьях.

Принятые внутрисемейные роли часто сохраняются детьми из дисфункциональных семей на всю жизнь. И это большая проблема, поскольку они интуитивно находят себе партнеров с аналогичной проблематикой и создают новые дисфункциональные семьи, из которых выходят новые химически зависимые и так называемые созависимые.

Для более глубокого понимания проблемы, ниже приведены **самые распространённые детские роли в дисфункциональных семьях.**

Спаситель семьи – ребенок, как правило, становится сверх ответственным, очень трудолюбивым, очень правильным. В будущем может стать трудоголиком. Родители создают предпосылки для того, чтобы кто-то из детей принял на себя роль героя (это наш герой, это наша надежда, только он спасет всю семью) Вторичная выгода в этой роли - внимание семьи. Только приняв на себя эту роль можно привлечь тепло и внимание химически зависимого и созависимого родителя. Такой ребенок всю жизнь в дальнейшем имеет в глубине души чувство собственной неполноценности (чреваточинку), не зависимо от того, каких достижений и успехов в жизни достиг, потому что роль неисполнимая. Любые успехи, не смогут спасти семью от химической зависимости и созависимости родителей.

Козел отпущения - попытки привлечь внимание носят асоциальный характер, такой ребенок привлекает то внимание, которое может привлечь, это негативное внимание, которое он может получить, нарушая какие-то правила. У семьи есть вторичная выгода, которая заключается во временном отвлечении внимания от алкоголика и подтверждении установленного в семье постулата, о том, что проблемы в семье не из-за алкоголика. Такой ребенок будет склонен к различным саморазрушающим формам поведения.

Заблудшее дитя – ребенок, характерной чертой является чувство глубокого одиночества, чувствует себя чужим в семье, вторичная выгода такого чувства в том, что он избегает тех проблем в семье, которые он не может решить. В результате, когда он становится взрослым, он может расплачиваться социальной изоляцией, у него нет навыков общения в конфликтных ситуациях с другими.

Клоун – ребенок, привлекает внимание гиперактивностью, устраивает клоунские представления, он непоседа, всегда в центре внимания. Движимое и неосознаваемое чувство – это страх остаться одному. Вторичная выгода для семьи – это временное отвлечение от проблем на забавы связанные с поведением семейного клоуна. В результате игры в эту роль, человек остается всю жизнь эмоционально незрелым, инфантильным, склонен к аффективным заболеваниям.

Жертва – ребенок, которого родственники активно используют как средство манипулирования больным хроническим алкоголизмом. «Вот

посмотри, до чего ты довел ребенка» или «У ребенка опять жар, хватит пить» и т.д. Такой ребенок в будущем использует физическое заболевание, как средство манипулирования и привлечения внимания окружающих людей. Это серьезный фактор риска развития психосоматических заболеваний в будущем.

Определение и исследование роли и моделей поведения детей в дисфункциональных семьях может существенно помочь в работе по коррекции анозогнозии родственников людей страдающих хроническим алкоголизмом. Поскольку аргументированное изложение теории о возможной межпоколенной передаче существующих в семье проблем, с подтверждением в виде реального поведения ребенка, является для многих людей серьезным аргументом для того, чтобы задуматься о необходимости кардинальных перемен в семье.

Сущность феномена созависимости в семьях больных хроническим алкоголизмом.

Что же, собственно говоря, представляет собой феномен созависимости? Почему он возникает и почему людям, страдающим этой проблемой так трудно преодолеть её?

Одной из корневых проблем отношений больного хроническим алкоголизмом и его родственников, является - так называемый, треугольник Карпмана (рис. 1).



рис. 1

Это ригидная система отношений, некая психологическая игра, в основе которой поочередная смена ролей участниками, при этом, количество *ролей* ограничено, их всего *три* – *спасатель, преследователь, жертва*. Как правило, участники не могут занимать одинаковые позиции в этом треугольнике одновременно, поскольку в этом случае в их взаимоотношениях теряется конфликт, и рушится вся структура. А как мы выяснили ранее, в дисфункциональных семьях конфликт лежит в основе структуры взаимоотношений членов семьи.

Чтобы показать наглядно причины возникновения такого явления, как треугольник Карпмана, в семьях больных хроническим алкоголизмом, обратимся к отечественной литературе.

В пьесе Александра Галича «Московская тишина» замечательно и подробно описан быт дисфункциональной семьи из двух человек. И подробно описаны отношения, страдающего хроническим алкоголизмом отца и его сына.

Хорошо показан процесс навязывания ребенку роли героя-спасителя семьи, и стремление ребенка соответствовать этой роли, которое сохраняется даже в условиях продолжительного раздельного проживания отца и сына. И даже после гибели отца от рук фашистов, умирая от полученного в бою ранения, молодой человек мысленно просит прощения у своего отца за то, что не смог исполнить навязанную ему роль. Так же в этой пьесе подробно описано несколько острых конфликтов, между страдающим хроническим алкоголизмом отцом и его созависимым сыном. Чтобы лучше понять сущность созависимости, рассмотрим подробно один отрывок из пьесы.

Шварц – отец.

Додик – сын.

.....
Внезапно с грохотом открывается дверь. На пороге появляется маленькая, нелепая, растерзанная фигура Шварца.

Шварц (еле ворочает языком). Додик!

Давид (не двигаясь). Явился!

Шварц. Почему здесь так темно, а?

Давид. Я лампу зажгу.

Шварц. Ой, не надо!.. Я лягу спать... Я сейчас лягу спать... Ты раздеться мне помоги...

Давид. Еще чего!

Шварц (пытаясь быть строгим). Давид!

Давид. Что?.. Испугал один такой! Просишься, все равно ни черта помнить не будешь!..

Шварц. Раздеться мне помоги...

Давид. Сам разденешься.

Шварц. Ботинки... Ботинки с меняними... Додик...

Давид. Я свет зажгу.

Шварц. Не надо.

Давид. А я говорю – надо! (Подходит к столу. Возится с настольной лампой.)

Шварц уселся на пол.

Шварц. Ботинки с меняними...

Давид. Успеется... (Зажег наконец лампу. Поставил ее на пол рядом со Шварцем.)

Шварц (испуганно). Ты что это, а?.. Ты чего? Ты спалить меня хочешь?..

Давид. Нужен ты мне!

Шварц (его совсем развезло). Ты погоди... А ты – кто?.. Я извиняюсь, а вы кто?.. Вы по какому праву?..

Давид. Да помолчи ты, честное слово.

Шварц неожиданно привстал на колени и заплакал.

Шварц. Ваше благородие, не погубите! Не для себя... Клянусь вам, не для себя!.. Не погубите, ваше благородие!

Давид подошел к бочке у двери. Зачерпнул ковшом воды, выплеснул на Шварца. Шварц ткнулся ничком в пол, забормotal что-то невнятное. Молчание.

Давид. Ну?

Шварц (почти трезво). Додик, помоги мне раздеться.

Давид поднял Шварца, усадил в кресло. Перенес лампу на стол.

Шварц. А что с лицом у тебя? Почему губа распухла?

Давид. Ты не помнишь?

Шварц. Нет... Это – я?

Давид. Ты!

Шварц (вскрикнул). Нет!

Давид. Да.

Шварц (горестно). Додик, милый!.. Ну, ударь теперь ты меня!.. Ну, хочешь – ударь теперь ты меня!

Давид. Папа!

Шварц порывисто обнял Давида, зашептал.

Шварц. Ничего, Додик! Ничего, мальчик! Ты не сердись на меня...

Ничего... Мы с тобой вдвоем... Только мы вдвоем... Большие нет у нас никого! Я ведь знаю – и что жуликом меня называют, и мучителем, и...

А-а, да пусть их! Верно? Пусть! Я же целый день как белка в колесе верчусь на своем товарном складе – вешаю гвозди и отпускаю гвозди, принимаю мыло и отпускаю мыло, и выписываю накладные, и ругаюсь с поставщиками... Но в голове у меня не мыло, и не гвозди, и не поставщики! Я выписываю накладные и думаю... Знаешь, о чем? (Взмахнул руками.) Большой, большой зал... Горит свет, и сидят всякие красивые женщины и мужчины, и смотрят на сцену... И вот объявляют – Давид Шварц – и ты выходишь и начинаешь играть! Ты играешь им мазурку Венявского, и еще, и еще, и еще... И они все хлопают и кричат: браво, Давид Шварц, – и посылают тебе цветы и просят, чтобы ты играл снова, опять и опять! И вот тогда ты вспомнишь про меня! Тогда ты непременно вспомнишь про меня! И ты скажешь этим людям – это мой папа сделал из меня то, что я есть! Мой папа из маленького города Тульчина! Он был пьяница и жулик, мой папа, но он хотел, чтобы кровь его, чтобы сын его – узнал, с чем кушают счастье! Сегодня они устроили ревизию! Ха, чудачки!.. Наме – ищите!..

Загудел поезд.

А тебя я сделаю человеком... Понял? Чего бы это ни стоило, но я тебя заставлю быть человеком!..

Гудит поезд.

Вот этого я слышать не могу – поезда, поезда...

Уезжают, приезжают...

Не могу этого слышать!

Гудит поезд.

Да что он, взбесился, что ли? (Шварц встает. В руках у него керосиновая лампа. Он стоит на середине комнаты, маленький, страшный, взъерошенный, покачиваясь и угрожающе глядя в окно).

Гудит поезд.

Давид. Папа!

Гудит поезд.

Шварц (в окно, смешным, тонким голосом). Замолчи!.. Замолчи!..

Немедленно замолчи!..

Занавес.

Давайте рассмотрим приведенный отрывок через психоэмоциональную призму сына Давида и попробуем представить, какие чувства ему довелось пережить за пять минут общения с пьяным отцом. Для наглядности и удобства представления, можно просмотреть соответствующий отрывок в экранизации пьесы «Матросская тишина», кинофильм называется «Папа», гениальная игра актеров позволит сэкономить силы воображения.

Страх, злость, отвержение, унижение, злость, страх, злость, милосердие, забота, отвержение, злость, жалость, милосердие, любовь, *страх, унижение, жалость, страх, жалость.*

Таким образом, в приведенном отрывке мы можем наглядно увидеть причины формирования, так называемого, треугольника Карпмана, и увидеть, почему пациенту так сложно отказаться от этой структуры, что позволит нам далее сформулировать ряд психотерапевтических целей в работе с людьми, страдающими подобной проблемой.

И. П. Павлов в рамках своего физиологического учения определял невроз как хроническое длительное нарушение высшей нервной деятельности (ВНД), вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий действием неадекватных по силе и длительности внешних раздражителей.

В психоаналитической теории, причиной невроза является наличие двух противоречивых мотивов в системе доминирующих потребностей.

В данном случае, мы видим, что исходя из любой из упомянутых теорий, ситуация максимально благоприятная для развития невроза.

Противоречивость чувств, экспрессию которых приходится проживать родственникам больных хроническим алкоголизмом, в моменты неизбежных острых конфликтов с больными, говорит о противоречивости личностных мотивов, актуализирующихся практически одновременно в их психической деятельности. Самые очевидные мотивы, к примеру, потребность в защите собственной жизни, потребность любить и быть любимым значимым объектом (мать, отец, муж, жена и т.д.) и др.

Неадекватное поведение больного в пьяном состоянии, рождает необходимость для быстрой смены состояний родственником, которая неизбежно наступает в результате стремления родственника оценить происходящее и характер перемен. Кроме того, в ситуации острого конфликта возрастает интенсивность эмоциональной экспрессии.

Все это приводит к перегрузке таких свойств нервной системы, как возбудимость, торможение, и подвижность нервных процессов.

Но, поскольку в стрессовой ситуации организм стремится адаптироваться к новым условиям, происходит процесс формирования психической защиты.

И, так называемый, треугольник Карпмана не является единственной возможной психической защитой в этом случае, но именно его чаще всего можно встретить в дисфункциональных семьях в системе отношений больного хроническим алкоголизмом и его родственниками.

Треугольник Карпмана – это явление, при котором при перемене ролей, в восприятии человека происходит некая разорванность. Нет ощущения перехода из одного состояния в другое, и нет ощущения преемственности состояний.

Кроме того, ригидность, свойственная треугольнику, как системе, не дает возможности развиться эмоциональной экспрессии до опасного момента. Чувства к больному становятся менее осознанными, человек не включен в проживание этих чувств.

Все это защищает родственника больного хроническим алкоголизмом на долгое время. И поскольку в большинстве случаев, данная психическая защита представляется психике эффективной, то есть, позволяет жить в существующих условиях без невротических расстройств и других расстройств психики, мы не видим большинства созависимых у себя на приеме, или на приеме у врачей - психиатров.

Но, для родственника больного хроническим алкоголизмом пьяное поведение больного является сильным стрессором, который все время присутствует рядом, и может актуализироваться в любой момент.

Кроме того, в процессе развития у больного хронического алкоголизма, либо в результате каких-то других жизненных обстоятельств уровень стресса в семье растет.

Это дополняет картину всеми возможными вариантами психогенных постстрессовых психических расстройств у родственников больных хроническим алкоголизмом.

И как мы знаем, при развитии постстрессовых расстройств адаптационные способности организма снижаются.

И снижается, в том числе эффективность такой защиты, как треугольник Карпмана. И в какой-то момент, понимая, что психические симптомы развиваются, понимая, что своих собственных сил защищаться уже нет, родственник больного хроническим алкоголизмом все-таки приходит за помощью к специалисту.

Но поскольку, кроме существующих у него, проверенных многолетним опытом психических защит, таких как треугольник Карпмана, у него ничего

нет, терапевтическая идея отказа от игры в спасателя, жертву и преследователя, кажется ему практически невыполнимой задачей.

Гораздо более реальной ему кажется идея воздействия на стрессор. То есть на больного, с целью понизить его стрессогенность до того уровня, на котором ситуация казалась стабильной и подконтрольной.

Именно поэтому, основной запрос родственников больных алкоголизмом является манипулятивным «помогите мне что-нибудь сделать с моим больным родственником» и именно поэтому психотерапевты сталкиваются с большими трудностями, делая попытки переориентировать пациентов с подобной проблематикой на себя и свои психологические проблемы.

Границы личности созависимых в семьях больных хроническим алкоголизмом.

Для того, чтобы понять насколько актуальной является тема личностных границ в описании проблематики взаимоотношений больного хроническим алкоголизмом и его родственников, давайте сначала разберемся с самим понятием психологических границ.

Американский писатель Амброз Бирс дает следующее определение понятию границ, в данном случае государственных:

«Граница – это воображаемая линия, которая отделяет воображаемые права одного государства от воображаемых прав другого»

Можно сказать, что понятие границ личностных аналогичное, и его определение может выглядеть, как:

«Граница – это воображаемый предел, который отделяет воображаемую допустимую зону контакта одного человека, от воображаемой допустимой зоны контакта другого человека»

- границы личности или личностные границы - это личная зона человека, допустимый для него предел контакта.

- своей границей человек обозначает для других людей, что заходить им за эту черту без его разрешения нельзя.

- признаком нарушения границы являются либо чувство бессилия и страха, либо злость, гнев, ярость.

- нарушение границы личности – это любое воздействие на неё против её желания и воли.

- это могут быть как физические действия: побои, вторжение на физическую территорию, - так и психологические: давление, принуждение, запугивание, манипуляции.

- границы личности могут быть физическими, эмоциональными, духовными, сексуальными и включать тело, мысли, мнения, потребности, убеждения и желания.

- самые разрушительные результаты отсутствия границ – это физическое и эмоциональное насилие. Люди, которые не установили личных границ, позволяют другим манипулировать собой и даже причинять боль.

Тема нарушения личностных границ очень объемная, и касается не только дисфункциональных семей и родственников больных хроническим алкоголизмом. Но нас, в данном случае интересует именно ситуация с границами в отношениях больных хроническим алкоголизмом и их родственников.

Теперь давайте разберемся, как больной хроническим алкоголизмом нарушает личностные границы родственников, проживающих с ним?

- **Физические.**

Физические границы родственников, больной хроническим алкоголизмом нарушает: отвратительными запахами, которые издает; звуками, сердитыми

которых, может быть, как пьяное пение, так и звуки испражнения, рвоты, испускания газов и т.д.; физическое насилие; стремление к более близкому контакту, такому, как обнимания, братания и т.д.

- **Эмоциональные.**

Каждый из нас стремится создать вокруг себя обстановку максимально благоприятствующую переживанию комфортных для нас эмоциональных состояний. Даже в ситуации сформированного треугольника Карпмана, человек все равно отдает предпочтение одному из трех основных состояний, и расценивает его как более комфортное для себя. Кроме того, треугольник Карпмана не исключает возможность переживания человеком других эмоциональных состояний, к примеру, сопереживая героям сериала, жена алкоголика может чувствовать и любовь и принятие и другие светлые чувства, которые она не может позволить себе в полной мере почувствовать в отношениях с большим мужем.

Но, как только появляется больной в состоянии опьянения, либо больной, который уже страдает алкогольными психозами, либо больной, в каких-то абстинентных состояниях, влияющих негативно на поведение, идея о комфортной эмоциональной обстановке уходит в небытие. При чем, больные могут, как невольно влиять негативно на эмоциональный фон в семье, так и произвольно, намеренно доводя своих родственников до устойчивых негативных эмоциональных состояний.

- **Духовные.**

Духовность, по определению, проявляется в отношениях с Богом, либо с каким-то другим представлением, его заменяющим. У материалистов – это может быть природа, вселенная, квантовый мир, коллективное бессознательное или еще что-то.

Духовность проявляется в представлении о высшей силе, или о высшем смысле и в своде допустимых взглядов и мыслей на окружающее и окружение, а так же в своде правил поведения, соответствующих существующей системе взглядов, которые должны сблизить мотивы индивида с мотивами высшей силы, либо уподобить смысл существования индивида с высшим смыслом.

Духовность родственников больных хроническим алкоголизмом постоянно находится в конфликте с деградирующей системой ценностей больного. Кроме того, родственники больных хроническим алкоголизмом по истечении нескольких лет проживания с деградирующим больным, часто сталкиваются с мыслью о том, что было бы для всех лучше, если бы этот человек скончался. Сама мысль об этом является большим ударом по системе духовных ценностей и является причиной развития хронического чувства вины у многих родственников больных хроническим алкоголизмом.

Конечно, система духовных ценностей у всех имеет разный уровень развития, и далеко не всех может травмировать мысль о желательной смерти своего больного родственника. И есть довольно большое количество людей, в нашей стране, которые берут такую идею за основу для действий, и неосознанно или, наоборот, произвольно стремятся способствовать скорейшей кончине своего больного родственника. Что сделать не так-то сложно, учитывая количество некачественного алкоголя в магазинах РФ.

И это лишний раз говорит о необходимости своевременного вмешательства специалистов области психического здоровья и психологического благополучия в ситуацию.

- **Сексуальные.**

Наиболее распространенные случаи инцеста в психотерапевтической практике – это случаи попыток совершения какого-либо рода действий сексуального характера, родителями, страдающими хроническим алкоголизмом в отношении их детей.

При чем, во многих случаях, сам родитель в момент совершения действий сексуального характера, не дает полного отчета себе в своих действиях, как в состоянии опьянения, так и в трезвом состоянии.

Это обусловлено как личностной деградацией больного хроническим алкоголизмом, так и особенностями психических расстройств, развивающихся у больных хроническим алкоголизмом.

Так, например, больной хроническим алкоголизмом отец может поглядить свою несовершеннолетнюю дочь по половым органам, думая, что таким образом он успокаивает её и настраивает на благоприятный сон. И даже когда, повзрослев, дочь ему сообщает, что это был один из самых травматических в её жизни эпизодов, он все равно не понимает причины недовольства им. Утверждает, что он руководствовался самыми светлыми отцовскими чувствами, и его очень жестоко и совершенно незаслуженно пытаются обвинить в грязных делах, которые он не совершал и не мог совершить никогда.

Больные хроническим алкоголизмом матери могут являться причиной травматического переживания инцеста у своих детей мужского пола, когда продолжают мыть своих детей собственноручно, несмотря на уже самостоятельный возраст ребенка.

Один пациент наркологического диспансера рассказывал, что мать мыла его до 11 лет, до тех пор, пока он не стал открыто обвинять её в сексуальных домогательствах к нему, и стал отказываться заходить с ней в ванную. Это случилось после того, как во время мытья половых органов у мальчика случилась эрекция, но мать при этом не остановилась. При этом, больная алкоголизмом мать, ни тогда, ни по истечении лет не признавала

обоснованность предъявленных ей сыном обвинений, и заявляла, что это очень низко и подло по отношению к ней, так говорить, ведь она любящая мать, и готова ради сына на все. Рассмотрим более подробно этот случай.

Пример из практики:

На приеме у медицинского психолога молодой человек 25 лет.

Студент факультета психологии МГУ им. Ломоносова. Жалуется на неадекватное поведение матери, страдающей хроническим алкоголизмом, хочет выяснить варианты медикаментозного лечения алкоголизма против воли больного, либо возможность принудительного лечения матери в наркологической клинике. Внешне, молодой человек выглядел истощенным, ослабленным, говорил медленно. Имел бледный цвет лица и очень сильно нервничал, рассказывая психологу о своей проблеме. В моменты, когда психолог, что-то переспрашивал или не правильно понимал, молодой человек раздраженно повторял сказанное, с трясущимися руками и повышая голос.

При более подробном разборе ситуации сложилась следующая картина.

Отец этого молодого человека был хроническим алкоголиком, что и послужило причиной развода с его матерью. В семье был еще один ребенок, старший на три года брат. Чтобы у матери была возможность работать и обеспечивать семью всем необходимым, в дом приехала бабушка пациента, которая с тех пор вела домашнее хозяйство и следила за детьми.

Условия не позволяли матери обеспечить ей личную жизнь у себя дома, и она стремилась обеспечить её в других местах.

Пациент за все свое детство не видел ни одного из кавалеров своей матери, при этом, она могла не появляться дома полторы – две недели, что являлось причиной постоянных скандалов матери с бабушкой, с громким выяснением и объяснением причин отсутствия матери в негативных тонах. В этих скандалах мать всегда подчеркивала, что все, что она делает, она делает ради детей, и что ради них она пожертвовала всем.

Когда пациенту было 10 лет, его бабушка скончалась и воспитанием детей занялась мать. Воспитанием в прямом смысле слова это конечно назвать сложно, но времени дома она проводила существенно больше, хотя и позволяла себе периодически пропадать на несколько дней, оставив своим детям карманные деньги и еду в холодильнике. Регулярное пьяное состояние матери дети уже воспринимали как должное. В холодильнике всегда были алкогольные напитки, которые очень часто менялись.

По воспоминаниям пациента, в это время, все внимание матери занимали проблемы, возникшие с поведением его старшего брата. Сначала это были проблемы с драками в школе, потом с попаданиями в детскую комнату милиции, и еще позже, проблемы с наркоманией и соответствующим поведением брата.

Со слов пациента, мать всегда говорила: - С тобой и так все хорошо, а вот у Никиты (имя брата) проблемы.

Любые проблемы в жизни пациента, требующие родительского внимания матери, воспринимались ей как предательство со стороны сына, и

всегда приводили лишь к ухудшению ситуации. К примеру, когда у пациента возникли проблемы с одним из преподавателей в школе, по вине преподавателя, матери было проще перевести его в другую школу, вместо того, чтобы выяснить ситуацию и довести дело до заслуженного наказания преподавателя школы.

При этом, трудности подростка, полностью меняющего свое окружение в 14 лет, её совершенно не волновали и казались смешными.

До 11 лет пациент являлся жертвой действий сексуального характера своей матери. Она регулярно полностью мыла его собственными руками, несмотря на неоднократно высказанное недовольство. Однажды, со слов пациента, мать решила помыть его в то время, когда у неё гостила подруга, и в какой-то момент, она просто передала душ своей подруге и попросила её закончить ваннные процедуры ребенка. Со слов пациента, он выражал свое недовольство этим решением, криком, но реакцией на этот крик был смех знакомой его матери и её гневные высказывания.

Кроме этого, со слов пациента, мать несколько раз ложилась к нему в постель, чтобы согреться или чтобы уснуть быстрее, и перед сном, прижималась к нему сзади, при этом, она гладила и перебирала в руках его половые органы.

Однажды, когда в очередной раз она хотела это сделать, он высказал недовольство. В ответ на это недовольство мать сказала, что то, с чем она играет, принадлежит ей, потому что она его родила, и может делать с этим что хочет.

Когда пациенту было 17 лет, умер от сердечного приступа его брат. Случилось это в армии после того, как он нанюхался бензина, слитого из армейской техники.

Со слов пациента, когда он пытался успокоить бьющуюся в пьяной истерике мать, которая только что узнала о смерти сына, она стала кричать на него и заявила, что он никогда не любил своего брата, и что если бы не он, то у неё было бы больше времени заниматься старшим сыном, и он не стал бы наркоманом, и что если бы не он, то у неё хватило бы сбережений, чтобы купить освобождение от военной службы для старшего сына.

После окончания технического колледжа, пациент устроился на работу, стал снимать жилье и копить деньги на обучение в ВУЗе. Общение с матерью в это время сводилось к редким встречам и разговорам по телефону, во время которых чаще всего мать была в состоянии алкогольного опьянения. Через некоторое время скончался его отец, и полученное от него наследство позволило пациенту поступить в МГУ им. Ломоносова на факультет психологии. Но, снимать жилье средств больше не было, и пациент снова переехал в квартиру к своей матери.

С этого момента, со слов пациента, и началась основная проблема. Мать устраивала пьяные истерики, обвиняя сына в недостаточно теплом к ней отношении, в недостаточном уважении и т.д. Настаивала на том, что она должна контролировать его доход, что он должен ей приносить весь свой заработок. Говорила, что он неблагодарный, потому что не ценит того, что

она его роила и кормила столько лет. Говорила, что она лучше знает, куда потратить деньги, полученные в наследство от отца.

Любые попытки привести в дом девушку натыкались на жесткую критику матери в отношении девушки.

Стала водить в дом пьяных мужчин, которым жаловалась на поведение сына и просила повлиять на него. Устраивала громкие скандалы, после которых рассказывала соседям, как плохо её сын ведет себя по отношению к ней и т.д.

Кроме того, в абстинентном состоянии, мать вела себя как умирающий человек, который просит помощи у бесчувственного сына. Она требовала таблетки, чай, тазик и т.д. При этом, воспринимая все это как должное, и ни разу не поблагодарив сына за помощь.

Со слов пациента, причиной обращения за помощью стало то, что он все чаще и чаще стал задумываться над тем, как было бы ему легче жить, если бы его мать умерла. А в последнее время, у него стали появляться мысли о том, что чисто теоретически, можно было бы ускорить её кончину, если купить ей, или подлить в открытую бутылку заведомо некачественный алкоголь или что-то еще.

Со слов пациента, он всегда был верующим в Бога человеком, и такие мысли пугают его и приводят в крайне негативное состояние.

В данном примере, мы наглядно видим, каким образом больной хроническим алкоголизмом может нарушать личностные границы своих родственников и тем самым существенно влиять на их душевное состояние и качество жизни.

Проблема нарушения личностных границ, является еще одной корневой проблемой взаимоотношений больных хроническим алкоголизмом и их родственников.

Запросы родственников больных хроническим алкоголизмом при обращении к психологу.

Как бы это странно ни выглядело, но большинство запросов родственников больных хроническим алкоголизмом, озвучиваемых на приеме у психолога, не содержат в себе мотивацию разрешения психологической проблематики, с которой они столкнулись. Запросы родственников больных хроническим алкоголизмом, сводятся к двум вариантам:

- ***помогите мне воздействовать на моего родственника.***
- ***дайте мне сил, чтобы продолжить на него воздействовать самостоятельно.***

В первом случае пациенты начинают жаловаться на своего зависимого родственника, и на любой вопрос психолога выдают рассказ о его поведении. Причиной всех своих проблем такой пациент видит своего зависимого родственника. Ему кажется, что его основная задача - как можно больше рассказать о том, каким образом зависимый доставляет ему проблемы, а задача психолога – понять и научить, как нужно схитрить, или правильно повести себя, или сказать что-либо зависимому, чтобы он выполнил волю пациента и стал контролируемым объектом. Понимание нелепости подобного запроса совершенно отсутствует у данного контингента пациентов. А в некоторых случаях, родственники больных хроническим алкоголизмом напрямую просят помощи в наказании больных за их поведение в отношении своих родственников. Выясняют возможность принудительной госпитализации в наркологическую, либо психиатрическую больницу, не с целью лечения, а с целью реализации карательных мер, обещанных в случае неповиновения.

Самое интересное, что некоторые запросы такого рода, пациенты удовлетворяют даже без целенаправленного соучастия психолога.

Пример из практики:

На приеме у медицинского психолога женщина 38 лет, с высшим психологическим образованием, жалуется на нервное состояние. Со слов, имеет расстройство сна, и сильно раздражается в последнее время на все. Но после непродолжительного рассказа о своем состоянии, на предложение психолога попробовать вместе разобраться в его причинах, реагирует длительным и содержательным рассказом о пьянстве мужа, о его нежелании видеть в этом проблему и о том, что ребенку это все сильно вредит, и он страдает от отсутствия трезвого отца.

После детального разбора ситуации и цикла образовательных лекций по теме созависимых отношений в семьях больных страдающих хроническим алкоголизмом женщина обнаруживает. Что внимание своего мужа она с момента заключения брака легко привлекала в нужный ей момент одним и тем

же способом. То есть, намекая на свое негативное состояние, и предлагая мужу какой-то способ его изменить или содействовать его изменению каким-то образом.

Женщина поняла, что такой способ манипулирования окружением она взяла из своих отношений с родителями, среди которых был человек злоупотребляющий алкоголем, и что на данный момент она, не понимая того, пытается передать такой стереотип поведения своему сыну.

Этот способ всегда действовал в отношениях с мужем. Но с тех пор, как он стал систематически употреблять алкоголь, к такому способу манипулирования он стал менее чувствителен. Доведя себя до нервного истощения, женщина все время говорила мужу, что причиной её негативного состояния является его поведение, что она переживает за то, что он вскоре не сможет обеспечивать семью. После того, как она убедилась, что муж остается непреклонен, продолжая отрицать проблему с её состоянием и продолжая злоупотреблять алкоголем, женщина, сама не понимая этого, решила использовать ребенка, как средство аналогичной манипуляции. Сначала она говорила, что ребенок плохо себя чувствует из-за поведения отца, что ребенок имеет плохое настроение, потому что переживает за мать, а потом ребенок и на самом деле стал более агрессивным, более раздражительным и часто болеющим, чем обычно. И стал высказывать обвинения отцу за то, что он мучает своим поведением его и маму.

Но и это обстоятельство не повлияло существенно на поведение отца, который продолжал употреблять алкоголь и продолжал отрицать наличие проблем, утверждая, что они все надуманные, и что ребенок говорит словами матери.

Тогда этой женщине приходит в голову очередной манипулятивный маневр. Она приходит на прием к медицинскому психологу в наркологический диспансер, в надежде на то, что если психолог даст подтверждение того, что у женщины нервное расстройство, полученное в результате отказа мужа от употребления алкоголя, и что ребенок находится в опасности по вине мужа, то это повлияет на совесть мужа и он прекратит употребление алкоголя.

Все вышенаписанное женщина осознала в процессе проговора с психологом, на индивидуальном приеме, посвященном выяснению связи полученного на образовательных лекциях материала, с фактической ситуацией в жизни пациентки. После приема она заявила, что все поняла, что очень благодарна психологу за помощь, и что в следующий раз она хочет приступить к психокоррекционным мероприятиям. Но в следующий раз она не пришла, а позвонила. Во время разговора она сказала, что проблема решена, потому что когда она пришла домой, и все рассказала мужу, а именно, рассказала о том, что если он не бросит сейчас же пить, то их ребенок вырастит алкоголиком, либо женится на алкоголичке, муж тут же согласился на кодирование. Впоследствии, информация о кодировании была подтверждена врачом наркологом.

Как мы видим из данного примера, ни высшее психологическое образование, ни формальное осознание структуры созависимых отношений в данном случае не способствовало появлению мотивации изменения существующей структуры отношений, а вместо того, все действия пациентки были направлены на реализацию изначального запроса, описанного выше.

И, к сожалению, а может и не к сожалению, такая ситуация довольно типичная. Практикующий психолог может только принять факт выбора пациента, его ответственность за свой выбор, и оставить за ним право сделать этот выбор, прекрасно понимая, что это не решает его проблему, а лишь оттягивает необходимость её решения на неопределенный срок.

Во втором случае, родственники больных страдающих хроническим алкоголизмом жалуются на симптомы постстрессовых расстройств. При этом, их мало интересует предложение психолога о выяснении причин появления этих симптомов. Они могут сами сразу заявить, что до этого их довели их больные алкоголизмом родственники. Их так же мало интересуют образовательные лекции по теме созависимости, все что их интересует, это возможность коррекции актуального состояния. Как можно более быстрое устранение симптома, а все остальное потом.

В случае запросов такого типа, вероятность возникновения мотивации на продолжительную психокоррекционную работу больше, чем в первом случае. Получая ресурсное состояние в работе психологом, избавляясь от мучительных симптомов, пациенты уже не хотят возвращения в дискомфортное состояние, это стимулирует их к дальнейшему развитию и качественному изменению своего уровня жизни.

Собственно говоря, качественное изменение уровня жизни родственника больного хроническим алкоголизмом – это основная цель психокоррекционной работы в данном случае.

Модели психологической помощи родственникам больных хроническим алкоголизмом.

В настоящее время существует несколько описанных в литературе и используемых в практике моделей психологической помощи родственникам больных страдающих хроническим алкоголизмом.

Кроме того, существует неопределенное количество неизвестных широкой публике моделей, используемых специалистами на местах. Эффективность таких моделей так же нельзя отрицать, если нет фактических оснований для этого.

В общем, из существующих моделей можно выделить:

- групповой тренинг с родственниками больных страдающих хроническим алкоголизмом (например, модель В.Д. Москаленко)

- группы взаимной поддержки и самопомощи Ал-Анон/Алатин

- групповые встречи родственников больных при реабилитационных центрах, где больные проходят лечение, тут основная задача – на примере собранного критического опыта, минимизировать вероятность провокации родственником рецидива у больного (составляется каждым реабилитационным центром, на основе существующего опыта)

- индивидуальная психокоррекция, либо психотерапия, в которой специалист выполняет весь комплекс коррекционных мероприятий (программа подбирается специалистом, в соответствии с направленностью своего психотерапевтического образования, индивидуально и отвечает актуальным запросам пациента)

- индивидуальное консультирование и психокоррекция, где специалист выступает одновременно в роли психотерапевта, и в роли инструктора (коуча), помогающего пациенту организовать его деятельность, тут основная задача – повышение качества жизни пациента (данная модель подробно разбирается далее)

Весь комплекс упражнений для группового тренинга, а так же другие материалы, предлагаемые В.Д. Москаленко можно бесплатно скачать по ссылке http://www.koob.ru/moskalenko_v_d/

О собраниях Ал-Анона / Алатина, вы можете узнать, позвонив по телефону: 8 (903) 174 - 75 – 71, либо написав по адресу:

123242 Москва, а/я 50,

Российский Совет по обслуживанию

Семейных групп Ал-Анон/Алатин, либо по электронной почте:

rus.al-anon@mail.ru

Модель индивидуального консультирования родственников больных хроническим алкоголизмом.

Стратегия преодоления.

Преодоление созависимости происходит только при использовании системного подхода в работе с пациентом. Психолог выполняет лишь часть мероприятий в данной программе, взаимодействуя с другими специалистами и направляя пациента к ним. Психолог выступает в этом случае в роли инструктора, который организует деятельность пациента по оказанию себе помощи.

Программа должна включать в себя:

1. Образовательный цикл
Задачи:
 - Формирование представления о масштабах проблемы
 - Актуализация терапевтической мотивации
 - Коррекция анозогнозии
 - Формирование психотерапевтического запроса*Методы:*
 - Интерактивная лекция
 - Групповая дискуссия
 - Психологическое консультирование
2. Индивидуальную и групповую психотерапию
Задачи индивидуальной психотерапии:
 - Коррекция постстрессовых расстройств
 - Коррекция анозогнозии
 - Коррекция алекситимии
 - Коррекция нарушений целеполагания
 - Мотивирование на групповую психотерапию
 - Работа с внутренней картиной здоровья*Методы:*
 - Ресурсные психотехники (Эриксоновский транс, арт терапия, телесно-ориентированная психотерапия, ребефинг, свободное дыхание и т.д.)
 - Рациональная психотерапия
 - Нейро-лингвистическое программирование
 - Когнитивно-поведенческая терапия
 - Тренинг целеполагания
 - Мотивационное консультирование*Задачи групповой психотерапии:*
 - Катарсис и компенсация подавленного травматического

материала

- Выявление деструктивных поведенческих паттернов
- Формирование навыка произвольной защиты психологических границ
- Развитие эмоционального интеллекта
- Формирование проекта личностного изменения
- Прописывание новой модели поведения
- Формирование навыка отслеживания своих психологических защит и сопротивления и навыка произвольного предпочтения их компенсации

Методы:

- Трансперсональная психотерапия
 - Динамическая психотерапия
 - Гештальт терапия
 - Психодрама и т.д.
3. Поддерживающая группа самопомощи, либо поддерживающее консультирование
- Задачи:*
- Профилактика постстрессовых расстройств
 - Мотивационное консультирование
 - Выявление актуальных запросов
 - Обмен опытом
4. В случае необходимости, медикаментозное сопровождение психиатром

Процесс выздоровления, в случае отказа от продолжения работы, может быть обратимым.

Личность психолога.

Особого внимания для выполнения актуальных задач в процессе оказания психологической помощи родственникам больных страдающих хроническим алкоголизмом требует личность психолога. К работе с этим контингентом клиентов, как правило, имеют интерес специалисты с аналогичной психологической проблематикой. То есть, это люди воспитанные в дисфункциональных семьях. И в этом случае, возникает прямая необходимость в предварительном прохождении личной психотерапии самим психологом, с разрешением всех основных терапевтических задач.

Проводить эффективно коррекцию постстрессовых расстройств может лишь человек, который самостоятельно имел опыт преодоления аналогичных состояний.

Развивать эмоциональный интеллект у пациента может только человек с более развитым, чем у него эмоциональным интеллект.

Проводить коррекцию анозогнозии может только человек, который сам не страдает от неё.

Учить, как определять и эффективно защищать свои личностные границы может лишь человек, имеющий устойчивые личностные границы и опыт произвольной защиты их, и т.д.

Кроме того, существуют особенности восприятия человеком речи другого человека, которые распространяются так же на ситуацию контакта психолога с клиентом в условиях приема.

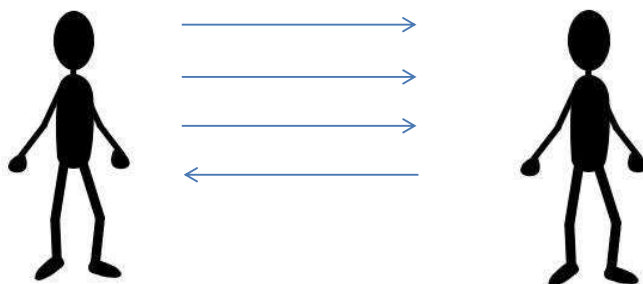


Рис. 2

Если представить, что силуэт слева обозначает пациента, а силуэт справа обозначает психотерапевта, то векторы в очередности сверху вниз будут обозначать (рис. 2):

1) Фактически наблюдаемый психотерапевтом поведенческий акт пациента, которым может быть, как любой жест, так и сказанное слово или фраза.

2) Прохождение полученной фактически информации через индивидуальные фильтры восприятия психолога.

3) Интерпретация информации прошедшей через фильтры восприятия.

4) Реакция психолога на услышанное и произошедшее, которая может быть, как ответным словом или фразой, так и выводом о чем-то, который сделал психолог.

К индивидуальным фильтрам восприятия в данном случае относится так же и комплекс психологических защит психолога, выстроенный относительно актуальной для него психологической проблематики. И соответственно, мы можем увидеть, что в случае наличия у пациента и у психолога аналогичной проблематики, психолог просто не сможет увидеть суть проблематики пациента, поскольку фильтр его психологических защит просто не пропустит информацию, не искажая её таким образом, чтобы защитить психолога от актуализации его личной проблематики в сознании.

Именно поэтому, в практике такого специалиста, кроме личной психотерапии, необходима регулярная супервизия.

Примеры актуальных для работы техник.

Приведенные ниже примеры психотехник актуальных для работы с родственниками больных хроническим алкоголизмом, неоднократно использовались специалистами НКД№5 и доказали свою практическую ценность.

Но для осуществления полноценной психокоррекционной программы предложенных техник не достаточно.

Для решения психотерапевтических задач, при оказании психологической помощи родственникам больных хроническим алкоголизмом, необходимо профессиональное владение каким-либо официальным психотерапевтическим методом.

Тем не менее, первый этап работы выполняется практически полностью методами психологического консультирования, важность этого этапа переоценить нельзя и об этом всегда должен помнить психолог консультант.

Техника работы с границами.

Границы	Ситуация	Мои реакции	Мои действия+/-	Итог
Физические				
Эмоциональные				
Духовные				
Сексуальные				

Техника составления таблицы защиты границ позволяет научить человека отслеживать ситуации нарушения его границ, анализировать свое поведение в эти моменты и искать способы произвольной защиты для повторных ситуаций.

Перед проведением техник необходимо провести с клиентом образовательную беседу на тему личностных границ, чтобы он точно понимал, о чем идет речь. На основе материала полученного от клиента в ходе предварительной беседы необходимо привести ему примеры нарушения его личностных границ и проговорить, каким образом он бы записал этот опыт в таблицу.

Таблица границ – это домашняя работа. В первой колонке обозначены виды личностных границ.

Во второй колонке необходимо записывать в течении недели ситуации нарушения личностных границ.

В третьей колонке клиент описывает подробно свою реакцию. Сюда входят мысли, чувства, состояния, переживания и т.д. Все, что клиент сможет заметить и запомнить. Это необходимо для осознания клиентом состояний вызванных нарушением границ, и для осознания причинно-следственной связи между нарушением границ и состояниями, возникающими впоследствии.

Далее, клиенту необходимо описать свои ответные действия. Это, как правило, либо уход, либо нападение. Провести анализ, чем помогает защититься это действие, какие минусы в нем?

Итог записывается на приеме у психолога. Психолог проговаривает плюсы и минусы реагирования клиента на ситуации нарушения границ, выясняет, как можно изменить реакцию, чтобы минимизировать ущерб, либо как можно устранить возможность аналогичного повторного нарушения границ. Если клиент не находит вариантов в течение долгого времени, психолог предлагает варианты сам.

Способы защиты личностных границ:

- 1) На вербальном уровне существует два варианта защиты личностных границ.
 - У меня есть права на границу и у тебя есть право на границу. Мы можем договориться о тех границах здесь и сейчас, которые нам удобны в данной ситуации».
 - Я не считаю возможными такие слова или действия в мою сторону. Нет, нет и ещё раз нет
- 2) На невербальном уровне, защита границ – это установление фактических границ (двери, щеколды в дверях, разделение предметов гигиены, раздельная посуда, установление освежителей воздуха, разное питание, правила поведения на общей территории и т.д.)
- 3) Административное давление. Использование участкового, милиции, социальных служб возможно в тех случаях, когда больной алкоголизмом нарушает своим поведением существующее законодательство в отношении правил поведения граждан.

Все вышеописанные варианты подходят для практической работы. Но родственникам больных хроническим алкоголизмом зачастую бывает трудно вообще представить ради чего стоит защищать свои границы. У них зачастую возникают сложности с тем, чтобы вспомнить ощущение защищенных границ. В таких случаях рекомендуется использовать гипноуггестивную технику «Дом».

Техника «Дом»

В состоянии неглубокого транса человеку предлагается построить дом в собственном воображении. Смысл техники в том, чтобы человек ощутил некую защищенность внутри воображаемого дома, отгородился мысленно границами от существующих угроз и расслабился в воображаемой комнате, построенной для себя и отвечающей всем его желаниям.

Примерный вариант текста для наведения транса:

Вы можете устроиться поудобнее, так удобно, как хочется Вам, так чтобы это удобство стало для Вас лёгким и приятным, было удобно Вашей спине, рукам, ногам, шее, чтобы было удобно голове.

И погружаясь в транс, вы можете попробовать расслабиться еще чуточку больше чем сейчас, потому что именно в расслабленном состоянии проще всего почувствовать себя комфортно и чем больше расслабление, тем приятнее ощущения в теле, и чем глубже вы погружаетесь, тем больше по телу расходитя волна удовольствия.

И Вы можете насладиться этим, погружаясь все глубже и глубже, и расслабляясь все больше и больше.

И наверное каждый из нас, в какой-то момент своей жизни задумывается над тем, что ему хотелось бы иметь свой дом...

Чтобы в нем было место, где можно было бы сесть у камина, в удобное кресло, расслабиться глядя на огонь, и погрузиться глубоко-глубоко, наслаждаясь тем, как языки пламени обволакивают друг друга, слушая успокаивающее похрустывание дров, и задуматься над чем-то важным, над чем-то очень глубоким, и увидеть что-то в себе, что можно показать лишь себе самому(ой)

И чтобы построить дом, для начала нужно выбрать какое-то место, где его хотелось бы построить, и наверное, это должно быть место, где Вы могли бы чувствовать себя в безопасности, место, где Вам было бы комфортно, место, где бы Вам нравилось находиться...

И я предложу Вам, представить такое место...

И когда у Вас есть такое место, самое время подумать о проекте, потому что, чтобы построить дом, для начала нужно иметь проект его строительства...

И я предложу Вам представить такой проект...

Может быть, это какая-то небольшая модель, а может быть просто рисунок, или чертеж... на который можно был бы посмотреть и подумать, чтобы бы Вам хотелось в него добавить, чтобы Вам хотелось из него убрать...

И сейчас я сделаю паузу, а когда Вы подумаете, мы сможем продолжить и приступить к строительству... (пауза)

И чтобы начать строительство, нужно сначала понять, хотите ли Вы строить свой дом самостоятельно, или хотите позвать кого-то себе на помощь... Может быть, Вы захотите позвать кого-то из своих родственников, а может быть каких-то других значимых для Вас людей... Или Вы решите, что все что Вам нужно для строительства и так есть у Вас ... или в Вас... и Вы захотите позвать себе на помощь какую-то частичку себя самого...или несколько частичек...

И Вы можете это сделать...

И когда у Вас есть уже проект и строители, можно приступать...

И для начала, чтобы построить дом, нужно сделать фундамент...

Потому что именно от фундамента зависит, насколько устойчивым будет дом, насколько спокойно и комфортно будет в нем жить...

И чтобы построить фундамент нужно погрузиться на какую-то глубину... и поставить опоры ... а может быть, Вы захотите сделать бетонный фундамент, или какой-то еще... и Вы можете это сделать...

И когда фундамент готов, можно приступить к строительству первого этажа... Нужно определиться, насколько толстыми будут стены, будут ли они деревянными или из кирпича... где будет входная дверь, где будут окна, какие они будут, сколько их будет ... будут ли они в каждой комнате, или нет... будет ли один вход в дом, или два... И Вы можете это сделать... И когда внешние стены готовы, можно приступить к строительству комнат... и может быть, Вы захотите, чтобы в Вашем доме была комната для гостей, комната для близких людей... и Вы можете это сделать... и может быть, Вы захотите сделать еще какие-то комнаты, и Вы можете это сделать... но обязательно не забудьте сделать одну, самую важную, самую главную комнату... Комнату для себя, в которую могли бы войти только Вы, в которой Вы могли бы обустроить все так, как Вашей душе угодно... чтобы именно в этой комнате было максимально комфортно для Вас... и может быть Вы захотите, чтобы в этой комнате был камин и удобное кресло рядом с ним, а может быть, Вы захотите поставить какую-то другую мебель в эту комнату... и Вы можете это сделать...

И может быть, Вы захотите, чтобы в этой комнате было окно, или дверь, Ваш собственный выход... и Вы можете это сделать... Вы можете сделать что угодно в этой комнате, потому что это Ваша комната... и сейчас я сделаю паузу, а потом мы продолжим...(пауза) И когда готова комната для себя, самое время построить крышу... И это должна быть крыша, способная защитить Вас от непогоды, от пролетающих мимо птиц, от жаркого солнца ... И Вы можете сделать такую крышу, какую хотите...

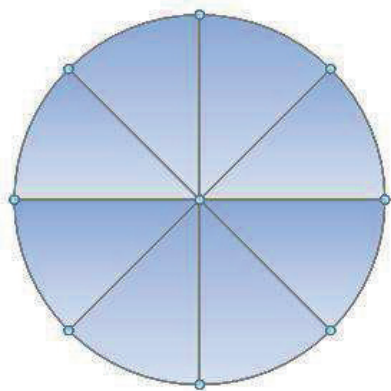
И когда Вы закончили дом, я предложу Вам посмотреть на него со стороны... и может быть что-то добавить, какой-то оберег на крышу, или что-то еще... и Вы можете это сделать ... И когда последний штрих сделан, Вы можете войти в свой комнату в этот дом, занять самое удобное и комфортное место... расслабиться, погрузиться куда-то глубоко глубоко... чтобы насладиться проделанной работой в полной мере... И у Вас есть столько времени, сколько Вы хотите, а когда Вы решите, Вы сможете вернуться в эту комнату и открыть глаза.

Техника колесо баланса.

Техника позволяет структурировать процесс качественного изменения жизни и провести коррекцию нарушения целеполагания.

Инструкция к технике.

1. Нарисуйте диаграмму. Разделите ее на несколько секторов, так, чтобы, в случае необходимости, сектора можно было делить еще.



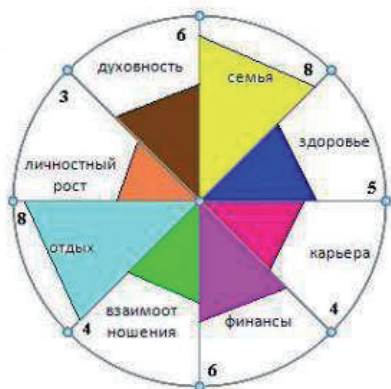
2. Представьте, что диаграмма отражает вашу идеальную жизнь. Какими сферами жизни вы бы заполнили сектора, в этом случае? Заполните тем, что считаете наиболее важным для себя. Если не хватает места, то делите сектора еще.

Например:



3. Оцените по 10-бальной шкале насколько каждая из сфер реализована, 0 — совсем не реализована, 10 — реализована на все 100%! Отобразите

полученные результаты на диаграмме:



4. Ответьте себе на вопросы:
Какая из сфер является ведущей?
Изменения каких сфер полностью зависят от меня?
Изменения каких сфер зависят не только от меня?
В какой сфере хочется начать изменения в ближайшее время?
5. Запланируйте ближайших три шага и запишите их в качестве основных целей на ближайшее время.
6. Далее, относительно каждой цели выстраивается цепочка целеполагания и составляется план действий, который в дальнейшем реализуется.
Цепочка целеполагания выглядит так:
Мотивация – цель – задачи – алгоритм действий – ресурс необходимый для их выполнения – прогнозирование результата – действие - оценка фактического результата.

Примечания:

Цель.

Признаки эффективно сформулированной цели:

- Конкретная
- Позитивная
- Реалистичная
- Желанная
- Достижимая во времени
- Измеримая количественно

Задачи:

Основной вопрос :

Как Вы можете этого достичь?

Алгоритм:

Основной вопрос:

Что Вы можете сделать уже сейчас?

Прогнозирование результата:

Представьте, что Вы этого достигли, как Вам это?

Что дает Вам этот успех?

Какие открываются перспективы?

Что будет в случае неуспеха?

Какие действия Вы предпримите в случае неуспеха?

Работа с техникой «Колесо баланса» может продолжаться в течении долгого времени, до нескольких месяцев.

Данное методическое пособие составил медицинский психолог Тараянц А.В.

Материалы подготовлены на основе учебно практических семинаров, проходивших в филиале №8 МНПЦ Наркологии, совместно с МСПП, в 2011-2012 годах.

Вся информация об учебе представлена на сайте tarayants.ru

109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1, телефон: +7 (495) 660-20-56
Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы

Госпитализация +7 (499) 178-27-59

Горячая линия + 7 (495) 709-64-04

Расписание собраний групп самопомощи на территории МНПЦ наркологии:

- Вторник : И-Анон (родственники игроков)
- Среда: Анонимные Алкоголики 14.15
- Четверг: Анонимные Наркоманы 19.00
- Пятница: Анонимные Игроки 19.00
- Пятница: Ал-Анон(родственники алкоголиков) 19.00
- Пятница: ВДА (Взрослые Дети Алкоголиков) 19.00
- Суббота: Анонимные Игроки 16.00

Консультации для родственников по вопросам госпитализации и лечения по понедельникам и четвергам с 17 до 20 часов.

"Лечение в клинике Центра - БЕСПЛАТНОЕ для жителей г. Москвы. Пациенты, проживающие в Московской области и других регионах РФ, могут быть госпитализированы в Центр на бюджетной основе по направлению Департамента здравоохранения города Москвы".

Список литературы

1. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости: Как перестать контролировать других и начать заботиться о себе. — М.: Физкультура и спорт, 1997. — 331 с.
2. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. В семье зависимость от алкоголя и наркотиков. Как выжить тем, кто рядом? — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ПЭР СЭ, 2004. - 335 с.
3. Мюррей М. Узник иной войны: Удивительный путь исцеления от детской травмы. — М.: HRI Press, 2004. — 207 с.
4. Москаленко В.Д. М 82 КОГДА ЛЮБВИ СЛИШКОМ МНОГО: Профилактика любовной зависимости. — М.: Психотерапия, 2006. — 224 с. («Семейная психология»)
5. ЗАВИСИМОСТЬ: СЕМЕЙНАЯ БОЛЕЗНЬ В.Д. Москаленко
6. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. У 67 Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской — М.: Независимая фирма “Класс”, 2002. — 224 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 103)
7. Зайцев С.Н. Созависимость — умение любить: Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. — Н. Новгород, 2004. — 90 с. — (Сер. «Зеркало»).
- Зайцев С.Н.
8. Alexander Lowen and Leslie Lowen THE WAY TO VIBRANT HEALTH A MANUAL OF BIOENERGETIC EXERCISES 1974 Перевод с английского ЕВ.
9. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии. — СПб, 1998.
10. Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М., 2000.
11. Александров А. А. Современная психотерапия: курс лекций. — СПб, 1997.
12. Берн Э. Транзакционный анализ и психотерапия. — СПб, 1994.
13. В 24 Варга А. Я., Драбкина Т. С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
14. Юрьев Г. П. Мировоззренческая травма как один из филогенетических механизмов аддикций // Аддиктология. № 1. 2005.
15. Янг К. С. Диагноз — интернет-зависимость // Мир Интернет. № 2. 2000.
16. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.
17. Психосоциальная аддиктология. Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева. Новосибирск, Издательство «Олсиб», 2001 - 251с.
18. Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л., Вострокнутов Н. В., Зайцев С. Б., Никифоров Б. А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М., 2001.
19. Шумский Н. Г. Алкогольные (металкогольные) психозы // Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина. Т. 2, 1999.
20. Шюркуте А. А. Психопатология и клиника шизофрении, протекающей с навязчивостями // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. № 11. 1990.
21. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990.

- 22.Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. СПб., 1999.
- 23.Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А. Я. Гриненко. Серия «Мир медицины». СПб.: Лань, 2000.
- 24.Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб.: Лань. 2000.
- 25.ШайдуковаЛ. К. Ауто-деструктивные и аддиктивные аспекты раннего женского алкоголиз-ма// Наркология, № 9. 2003.
- 26.ШайдуковаЛ. К. Зависимости выбор и преодоление // Казань: Анархис, 2005.
- 27.ШайдуковаЛ. К. Наркомании, алкоголизм, вопросы профилактики и реабилитации. Казань. 2002.
- 28.ШайдуковаЛ. К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин//Дис. д-ра мед.наук. М., 1996.
- 29.Шайдукова Л. К. Сексуальная агрессия в клинике женского алкоголизма // Вопросы наркологии. №4. 1993.
- 30.ШайдуковаЛ. К. Феномен «стигматизации» при женском алкоголизме // Современные проблемы психиатрии. Казань, 1994.

Люблю **книги**
ljubljuknigi.ru



yes
I want morebooks!

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн - в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов!
Мы используем экологически безопасную технологию "Печать-на-Заказ".

Покупайте Ваши книги на
www.ljubljuknigi.ru

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.ljubljuknigi.ru

OmniScriptum Marketing DEU GmbH
Heinrich-Böcking-Str. 6-8
D - 66121 Saarbrücken
Telefax: +49 681 93 81 567-9

info@omniscrptum.com
www.omniscrptum.com

OMNIScriptum



